



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidado de enfermagem especializado à pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência

Milene Isabel Reis Plácido

2015

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública.



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidado de enfermagem especializado à pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência

Milene Isabel Reis Plácido

Relatório de Estágio orientado por:

Mestre Sónia Ferrão

2015

“O sofrimento não é um sintoma, nem é um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa.”

António Barbosa

“Assistir a Morte em paz de um ser humano, faz-nos recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes num vasto céu, que brilha durante um curto instante, para se extinguir para sempre na noite sem fim.”

Kübler-Ross

AGRADECIMENTOS

A todos os professores da ESEL e orientadores dos diversos contextos de estágio... Obrigado pelos momentos de partilha!

À minha tutora, Mestre Sónia Ferrão, que sempre me acompanhou e apoiou e mesmo em momentos de desespero, teve sempre uma palavra de incentivo... Muito obrigado!

Aos meus colegas de trabalho, pela disponibilidade, pelo interesse na problemática e pelo reconhecimento... Obrigado!

Ao meu chefe de Serviço, por toda a compreensão, recetividade e ajuda que me deu ao longo de todo este percurso... Obrigado!

Aos meus amigos, por me apoiarem SEMPRE e por compreenderem e perdoarem a minha ausência em momentos importantes... Obrigado!

À minha família, mãe, irmã e sobrinhas, por todas as vezes que devia ter estado aí e não estive e vocês compreenderam... Obrigado!

Finalmente, mas não menos importante, ao meu pilar, que me compreendeu tão bem e que soube dizer a palavra certa no momento certo, e que nunca me deixou desistir, o meu marido Tiago... Obrigado!

RESUMO

Os cuidados prestados à pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência representa um tema que desde sempre foi do meu interesse. Na minha prática diária observo a implementação de medidas terapêuticas invasivas à pessoa num estadio avançado de doença crónica e incurável, sendo o descontrolo de sintomas a situação crítica que mais frequentemente leva a pessoa em fim de vida ao Serviço de Urgência. Este não representa o local ideal para cuidar em fim de vida, pelo que desta forma o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de conforto é imperioso.

O presente relatório de estágio representa a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com enfoque no cuidado especializado à pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência. Para tal realizei uma revisão da literatura acerca da problemática e desenvolvi atividades que me permitiram atingir os objetivos a que me propus neste percurso. Realizei estágio em quatro locais distintos. Em Unidade de Cuidados Intensivos, onde tive por base a satisfação das necessidades específicas da pessoa que requer suporte perante a falência de funções vitais mas também onde tive intervenção face à suspensão de medidas terapêuticas. Numa Unidade de Cuidados Paliativos onde desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida perante descontrolo de sintomas. De seguida numa equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos onde realizei o levantamento das possíveis formas de articulação com o Serviço de Urgência. Por fim no Serviço de Urgência onde exerço funções, onde para além de realizar formação relativa ao cuidar a pessoa em fim de vida, contribui para a criação do referido protocolo de articulação.

Este percurso de desenvolvimento de competências possibilitou-me a oportunidade de constituir um agente de mudança e promotor para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida que recorre ao Serviço de Urgência.

Palavras-chave: Cuidar em fim de vida, Serviço de Urgência, Enfermagem.

ABSTRACT

The care of the person at end of life in the ER is a theme that has always been my interest. In my daily practice I observe the implementation of invasive therapeutic measures to the person in an advanced stage of chronic and incurable disease, and the uncontrollable symptoms of the critical situation that most often leads them to the ER. This is not the ideal place to take care of these patients, so for that the development of skills in the pursuit of comfort is imperative.

This internship report is the path analysis of acquisition and development of expertise in the provision of nursing care to the person in critical condition with a focus on specialized care to the person in the end of life in the ER. For this I conducted a literature review regarding the problem and developed activities that allowed me to achieve the goals I set out on this path. My internship was developed in four separate locations. In an Intensive Care Unit, where I had based on the specific needs of the person requesting support before the failure of vital functions but also intervention on suspension of therapeutic measures. A Palliative Care Unit where I developed skills in the provision of nursing care to the person with uncontrolled symptoms. Then in-hospital support team in palliative care where I did a survey of the possible forms of cooperation with the ER. Finally in the ER where I exercise functions, in addition to make the training of how to treat the person at end of life, I contributed to the establishment of a joint protocol.

This skills development course allowed me the opportunity to be an active agent and promoter for improving the quality of the person in need of nursing care at end of life in the ER.

Keywords: End of life care, Emergency Department, Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
1.1 – A pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência.....	17
1.2 – Referencial teórico de suporte ao percurso de desenvolvimento de competências no cuidar em fim de vida.....	19
1.3 - Implicações éticas e deontológicas no cuidar em fim de vida	21
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	23
2.1 – Cuidar a pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos.....	24
2.2 – Cuidar a pessoa em fim de vida perante o descontrolo de sintomas numa unidade de cuidados paliativos agudos	30
2.3 - Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos: articulação com o Serviço de Urgência no cuidar a pessoa em fim de vida ...	37
2.4 - Cuidar a pessoa em fim de vida que recorre ao Serviço de Urgência.....	41
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – EBSCOhost

Apêndice III – Folhetos sessão EIHSCP

Apêndice IV – Fluxogramas de articulação

Apêndice V – Folhetos sessão CARES – SU

Apêndice VI – Folhetos sessão Via SC – SU

Apêndice VII – Poster Via SC

Apêndice VII – Registo de Check-List

ANEXOS

Anexo I - Edmont Symptom Assessment Scale

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BO – Bloco Operatório

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESAS – Edmont Symptom Assessment Scale

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Endovenosa

HDFVVC – Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

LA – Linha Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Patient Controlled Analgesia

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SC – Subcutânea

SU – Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEPCS) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este representa a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de acordo com o plano de estudos do presente mestrado utilizando a metodologia de projeto, tendo como referência os descritores de Dublin, o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A problemática em estudo assenta no **Cuidado de Enfermagem Especializado à pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência (SU)**.

Os cuidados prestados em contexto de SU à pessoa em fim de vida e sua família representa um tema que desde sempre foi do meu interesse. Na minha prática diária observo a implementação de medidas terapêuticas invasivas à pessoa num estadio avançado de doença crónica e incurável, sendo o descontrolo de sintomas a situação crítica que mais frequentemente leva a pessoa em fim de vida ao SU. Este é um local difícil para a pessoa, familiares e profissionais de saúde tomarem decisões em fim de vida, assim como para os profissionais de saúde prestarem cuidados em fim de vida apropriados (Beckstrand, Wood, Callister, Luthy, & Heaston, 2012).

O Enfermeiro corresponde ao profissional de saúde que mais tempo passa junto da pessoa em fim de vida, que demonstra maior proximidade e disponibilidade face às suas necessidades (Sapeta, 2011). Perante esta realidade e confronto diário com situações de pessoas em fim de vida que recorrem ao SU, concomitantemente com a minha formação prévia pós-graduada em Cuidados Paliativos (CP), assentou a motivação e importância na elaboração do presente percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no cuidar a pessoa em fim de vida no SU.

A experiência profissional do enfermeiro tem como base do desenvolvimento de competências e o conhecimento prático que é adquirido com o tempo e com a análise de situações reais, sendo definidos cinco níveis de competência: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2005).

A minha experiência profissional no âmbito do SU tem uma duração de sete anos. Desde o início do desempenho das minhas funções neste serviço a realidade da pessoa e família que recorriam ao SU na fase final da sua vida representou um ponto decisivo em que o meu objetivo seria a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem perante estas situações.

Desta forma, realizando uma autoavaliação, no início do percurso considerei-me no nível proficiente, onde o enfermeiro percebe as situações de forma global e adquire a capacidade de abstração a partir da sua própria prática profissional. Consegue detetar os aspetos mais relevantes sendo as suas ações guiadas por máximas. Para a autora a percepção é a palavra de ordem nesta fase, uma vez que o profissional sendo possuidor de uma considerável experiência é capaz de prever os acontecimentos típicos numa determinada situação (Benner, 2005). Propus-me desenvolver competências para adquirir o nível de perito.

Uma outra área englobada na pessoa em situação crítica corresponde aos cuidados de enfermagem especializados no âmbito de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Aqui, de acordo com os referidos níveis de perícia preconizados por Benner (2005), considerei-me no nível competente, pois apesar de ter contacto com doentes em sala de reanimação sujeitos a monitorização invasiva, suporte ventilatório entre outras características inerentes a UCI, reconheci que ainda existiam lacunas relativamente a competências no cuidar neste âmbito. No nível de perícia competente o enfermeiro desenvolve as suas intervenções de acordo com os objetivos que pretende atingir, planeia as mesmas fazendo uma análise consciente da situação com que se depara, determinando prioridades, contudo ainda não desenvolveu flexibilidade e velocidade de decisão e ação que muitas situações exigem (Benner, 2005). Através da minha aprendizagem no decorrer do estágio nesta área tinha como meta o nível de proficiente na prestação de cuidados de enfermagem especializados em UCI.

A metodologia por mim utilizada na elaboração do processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi a metodologia de projeto que tem como objetivo centrar-se na resolução de problemas, desenvolvendo capacidades e competências pessoais com a elaboração e concretização de projetos de situações reais (Ruivo et al., 2010). Os mesmos autores aferem que através desta metodologia são respeitadas etapas tais como a realização do diagnóstico de situação, a planificação de atividades, meios e estratégias para atingir os objetivos definidos, a execução das atividades planeadas e finalmente a avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

Assim, passo a apresentar os objetivos a que me propus no início deste percurso.

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com particular enfoque no cuidado à pessoa em fim de vida que recorre ao Serviço de Urgência.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências na gestão da dor e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual à pessoa em fim de vida e família.
- Desenvolver competências de apoio à pessoa em fim de vida e família nas perturbações emocionais, na gestão da ansiedade, bem como habilidades facilitadores da dignificação da morte.
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida e família no SU.
- Estabelecer critérios de articulação entre as equipas de enfermagem do SU e de CP.

Para atingir os objetivos acima descritos tracei um percurso de aquisição de competências em locais de estágio que me permitiram desenvolver essas mesmas competências no âmbito do cuidar especializado. Inicialmente numa UCI, pois a

minha experiência profissional no âmbito da pessoa em situação crítica é no SU. De seguida numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), aprofundando o cuidado à pessoa em fim de vida com descontrolo de sintomas agudos em regime de internamento. Posteriormente num Serviço de Medicina Paliativa integrado num hospital central que funciona como equipa intra-hospitalar de suporte em CP (EIHSCP), em regime ambulatório e de apoio aos serviços, onde posteriormente e em colaboração com a mesma elaborei um protocolo de articulação com o SU onde exerço funções. Com o objetivo de esquematizar este percurso construí um cronograma de estágio (APENDICE I).

Este percurso formativo teve como foco principal a aquisição, sustentação e desenvolvimento de competências de modo a habilitar-me ao grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, abordando o cuidar especializado à pessoa em fim de vida que recorre ao SU. A necessidade de pesquisa e revisão da literatura permaneceu ao longo de todo este percurso que passarei a analisar.

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo contempla uma revisão da literatura de forma a justificar a pertinência da problemática em estudo, englobando um enquadramento teórico, onde faço referência à contextualização do tema e seguidamente ao referencial teórico escolhido – Teoria do Conforto de Kolcaba. O segundo capítulo explana as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, assim como as competências adquiridas durante o percurso de aprendizagem. Finalmente, o terceiro capítulo inclui as considerações finais bem como alguns pontos referentes à continuidade de trabalho após o término do estágio.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Tendo como premissa a importância do desenvolvimento pessoal e profissional, torna-se imperioso que o enfermeiro especializado e perito apresente competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados em áreas específicas de enfermagem.

Para abordar o tema em estudo, exponho a contextualização do mesmo bem como o referencial teórico utilizado. Abordo ainda questões éticas e deontológicas importantes a reter neste trabalho.

1.1 – A pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência

Os SU são serviços multidisciplinares nos quais vários profissionais de saúde com formação diferente e complementar exercem atividade e têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas na definição de urgência e emergências médicas (Despacho normativo nº 11/2002, artº.1 alínea 2). Contudo, não são locais adequados para receber pessoas em fim de vida por se caracterizarem por um fluxo elevado de doentes, um rápido ritmo de trabalho, uma grande carga emocional, um tempo muito limitado para se tomarem decisões diagnósticas e terapêuticas (Lepine & Pazos, 2007). Grande número de pessoas em fim de vida que são admitidas no SU recebem cuidados invasivos, experienciando um processo que nem sempre é compreendido como uma “boa morte” (Forero, et al., 2012). Esta ideia é corroborada por Norton, Hobson, & Kulm (2011) quando referem que a pessoa em fim de vida necessita em muitas circunstâncias de medidas de conforto ao invés de medidas heroicas e de suporte de vida.

As intervenções de enfermagem do tipo relacional bem como algumas técnicas de alívio de sintomas são uma preocupação premente no cuidar a pessoa em fim de vida no SU (Veiga, Barros, Couto & Vieira, 2009). Por sua vez, Lepine &

Pazos (2007) enfatizam que o tratamento farmacológico perante o descontrolo de sintomas da pessoa em fim de vida deve representar uma prioridade para quem cuida.

A pessoa em fim de vida representa um desafio para o SU pois a sua maioria não tem acesso a outro tipo de cuidados. O mais apropriado seria se a transição entre o tratamento curativo e paliativo se realizasse mais precocemente. Nem todas as pessoas que recorrem aos SU necessitam de abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida. Muitas apresentam-se com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem paliativa é mais benéfica tanto para as próprias como para a família (Forero, et al., 2012; APCP, 2006).

Os enfermeiros que cuidam a pessoa em fim de vida no ambiente do SU estão numa posição privilegiada para fornecer à família apoio e iniciar o processo de luto, respondendo às suas perguntas, permitindo-os expressar tristeza, e facilitar o processo de dizer 'adeus' ao iniciar intervenções apropriadas enquanto a pessoa se encontra no hospital. A proximidade, a comunicação, o suporte, o conforto e a garantia são necessidades apontadas pela família da pessoa em fim de vida num SU imperiosas de serem atendidas (Norton, Hobson, & Kulm, 2011). Reforçando este princípio, Veiga, Barros, Couto & Vieira (2009) enfatizam que o cuidar ideal à pessoa em fim de vida no SU seria através da criação de uma relação de ajuda entre o enfermeiro e a pessoa a viver esta etapa da sua vida, para que o medo, a angústia, a dúvida fossem minimizados com o objetivo da pessoa se sentir acompanhada e compreendida.

A necessidade da criação de um modelo de cuidar a pessoa em fim de vida, com apoio domiciliário, que englobe desde o controlo dos sintomas até à preparação para a morte e apoio familiar progressivo, é uma estratégia de diminuir a sua afluência aos SU (Lepine & Pazos, 2007). Na realidade a pessoa com doença crónica, avançada e progressiva continua a recorrer ao SU não só devido à escassez de recursos na área dos cuidados paliativos mas também devido à falta de deteção precoce das necessidades em cuidados paliativos. Nesse sentido, Richards et al., (2010) referem que o SU é cada vez mais reconhecido como um local importante para a identificação das necessidades de cuidados paliativos, bem como

o início das respectivas intervenções terapêuticas. A identificação precoce dos cuidados paliativos no SU pode levar a uma melhor gestão e redução da necessidade de cuidados posteriores tendo também claros benefícios ao nível da redução do sofrimento físico, espiritual e psicológico ou social. Assim, estas vindas ao SU constituem uma oportunidade onde o sistema de saúde facilmente podia identificar estes casos, permitindo um correto encaminhamento e conseguindo com isso uma diminuição significativa de readmissões no SU.

Sustenta-se assim a importância da aquisição de competências de enfermagem especializadas no âmbito do cuidar a pessoa em fim de vida que recorre ao SU, perante a situação crítica e aguda que representa o descontrolo de sintomas, bem como todos os sentimentos que emergem do aproximar do fim, vivenciados tanto pela pessoa como pela sua família.

1.2 – Referencial teórico de suporte ao percurso de desenvolvimento de competências no cuidar em fim de vida

Os referenciais teóricos em enfermagem desempenham um papel fundamental na definição da mesma como ciência, disciplina e profissão autónoma e conduziram-na a um nível superior. A teoria em enfermagem implica o conhecimento. Através de pensamento crítico, antecipação de situações, análise de contextos, tomada de decisões sustentadas e fundamentadas, os enfermeiros caminham para a autonomia profissional (Tomey & Alligood, 2002).

O referencial teórico utilizado como base da elaboração do presente estudo é a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta é uma teoria de médio alcance, em que as necessidades dos cuidados de enfermagem são definidas como as necessidades de conforto que incluem as dimensões físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais (Tomey & Alligood, 2002).

A idade, o modo de estar, o apoio emocional, as experiências e o prognóstico são forças de interação que influenciam a perspetiva do conforto da pessoa alvo de cuidados. O conforto corresponde à satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psico-espiritual, sociocultural e

ambiental (Kolcaba, 2003). A autora define alívio como a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica; tranquilidade como estado de calma ou contentamento; transcendência sendo a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento. Aborda ainda os contextos em que o conforto é experimentado da seguinte forma:

- Físico: pertencente às sensações do corpo;
- Psico-espiritual: pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- Ambiental: pertencente ao meio, às condições e influências externas;
- Social: pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

É importante o enfermeiro compreender o significado que o conforto representa para a pessoa em fim de vida e sua família, identificando especificamente os tipos de conforto e os contextos em que este se inclui. Torna-se assim essencial o desenvolvimento de um plano conjunto de intervenções de enfermagem especializadas adaptando-as às particularidades de cada pessoa, tendo por base a promoção do bem-estar como competência especializada.

1.3 - Implicações éticas e deontológicas no cuidar em fim de vida

Quando o enfermeiro é confrontado com uma situação de incurabilidade é seu dever assegurar a continuidade do cuidar. Pôr em prática esta premissa vai garantir à pessoa em fim de vida viver com dignidade a própria morte (Pessini, 2001).

Os direitos da pessoa em fim de vida são uma realidade, por isso respeitá-los e protegê-los representa uma prioridade. O Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) escreve:

“a ação dos enfermeiros é orientada por uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte básicos e paliativos, com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional” ¹

Todas as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Assim sendo, e analisando o artigo 87.º referente ao respeito pelo doente terminal, de acordo com o Código Deontológico o enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas do fim de vida, assume o dever de defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem nesta fase; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

Daí a análise conjunta dos direitos da pessoa em fim de vida apontar para o facto de estes refletirem as necessidades reais da pessoa e para a obrigação dos profissionais de saúde atenderem a tais necessidades, como forma de acompanhamento no processo de morte, garantindo uma qualidade dos cuidados prestados (Pacheco, 2004).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), no parecer sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida², relativamente ao respeito pela dignidade da pessoa no processo de morte, faz

¹ ESTATUTO DOS ENFERMEIROS – Deontologia profissional – Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril

² CNECV – Documento de Trabalho, 11/CNECV/95, Relatório – Parecer sobre Aspetos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final da Vida

referência a alguns pontos que devem ser respeitados. O atendimento à pessoa em fim de vida deve ser personalizado e permanente pela equipa de prestação de cuidados, permitindo a presença da família ou pessoas significativas 24 horas, e no caso da pessoa em fim de vida ou família solicitar a alta, essa deve ser cedida.

É no respeitar os direitos da pessoa em fim de vida que o profissional de saúde sente que a sua missão foi cumprida, pois é na fase terminal que o tratamento deixa de ser curativo e passa a ser paliativo. Assim, cuidar a pessoa em fim de vida remete para o envolvimento, o respeito, o alívio de sintomas e a dignidade (Pereira, 2002).

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competência remete para ter qualidade, conhecimento suficiente, julgamento, aptidão ou força para o desempenho de determinada tarefa. Na competência são enfatizados dois aspetos cruciais: o conhecimento e a tarefa (Webster, 1981). Desta forma, para desempenhar tarefas com base num conhecimento específico surgiu a necessidade de traçar e posteriormente percorrer um percurso que contemple objetivos geral e específicos que me propus atingir.

Com a realização do presente percurso de aquisição de competências tive como ponto fulcral passar a nível de perito através da prestação de cuidados de enfermagem especializados no SU.

No que concerne à realização do diagnóstico de situação realizei uma revisão da literatura a fim de apurar a fundamentação da problemática em causa, utilizando para tal a plataforma agregadora de base de dados EBSCOhost (APENDICE II), bem como o recurso a documentação proveniente de organizações nacionais e internacionais de reconhecido mérito. Seguidamente foram realizadas idas a campo onde tive oportunidade de apurar quais os locais onde me iriam ser mais promotores de oportunidades de desenvolvimento de competências especializadas na área em estudo, que posteriormente foram decisivas para a escolha dos locais de estágio. Foram definidos os objetivos específicos para cada local e finalmente elaboradas as atividades que permitiram atingir o desenvolvimento de competências específicas no cuidar a pessoa em situação crítica com enfoque no cuidar a pessoa em fim de vida no SU.

O meu percurso de aquisição de competências teve início numa UCI polivalente, teve duração de seis semanas, onde tive por base a satisfação das necessidades específicas da pessoa que requer suporte perante a falência de funções vitais mas também onde tive intervenção face à suspensão de medidas terapêuticas. Seguidamente, numa UCP agudos, com duração de cinco semanas, onde desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa

em fim de vida e família perante descontrolo de sintomas. O terceiro contexto onde realizei estágio decorreu numa equipa intra-hospitalar de suporte em CP (EIHSCP), com duração de quatro semanas, onde identifiquei a importância da sua existência em regime de ambulatório e apoio aos serviços, e realizei o levantamento das possíveis formas de articulação com o SU. Finalmente o último estágio decorreu no serviço onde exerço funções, SU, onde para além de realizar formação relativa ao cuidar a pessoa em fim de vida, contribui para a criação do protocolo de articulação elaborado entre as equipas de enfermagem do SU e da EIHSCP.

2.1 – Cuidar a pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos

Entende-se por UCI locais diferenciados onde perante pessoas com disfunção a nível de órgãos vitais seja possível suportar, prevenir e reverter situações de falência orgânica com implicação vital (DGS), 2003). Estas são classificadas em três níveis (I, II e III) de acordo com a caracterização de assistência médica que poderá ser atribuída à pessoa em situação crítica. A UCI onde realizei o meu estágio trata-se de uma unidade nível III. Esta deve ter equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas. Possui meios avançados de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários à situação da pessoa. Tem ainda a particularidade de ter grande parte dos doentes do foro oncológico o que perante a problemática em estudo representou uma mais-valia, onde tive oportunidade de participar em decisões em fim de vida, suspensão de medidas terapêuticas e promoção de conforto à pessoa em fim de vida e família em UCI.

A UCI onde realizei estágio tem capacidade para oito vagas (duas delas de isolamento), sendo que unicamente seis são ocupadas na totalidade. Maioritariamente os doentes dessa UCI são provenientes do bloco operatório (BO), mais concretamente da área de Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral e Hematologia (pós transplante medular). O rácio enfermeiro/doente é de 1:1, o que é favorável à prestação de cuidados de excelência respondendo a todas as necessidades da pessoa e sua família. Nesta UCI a presença dos familiares é um

ponto fundamental, a visita é de horário alargado, sendo permitido a presença de dois familiares no período compreendido entre as 13h e as 19h, sendo interrompida durante trinta minutos no momento da passagem de turno da equipa de enfermagem.

O objetivo específico a que me propus neste estágio foi **desenvolver competências de enfermagem especializadas na satisfação das necessidades específicas da pessoa que requer suporte na falência de funções vitais e sua família**. Para tal, planeei atividades que me permitiram atingir este objetivo.

Foi realizada uma reunião informal com a Sr.^a Enf.^a Chefe da UCI onde me foi apresentada a Sr.^a Enf.^a Orientadora e de seguida efetuei uma visita guiada pela UCI a fim de conhecer o espaço físico e equipamentos utilizados. Tive oportunidade de consultar protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes na UCI. Durante o decorrer do estágio prestei cuidados à pessoa em situação crítica perante o seu risco de falência hemodinâmica, nunca descurando a importância da antecipação da sua instabilidade, executado cuidados técnicos de alta complexidade.

Uma das competências adquiridas diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação mecânica. Este é um ponto essencial na prática clínica de um enfermeiro em UCI. Entende-se por ventilação mecânica um método de respiração artificial com a ajuda de um sistema mecânico (ventilador) que substitui a função respiratória da pessoa, melhorando desta forma o seu padrão ventilatório e a sua mecânica pulmonar (Marcelino et al., 2008). A avaliação minuciosa de todos os sistemas corporais permite a identificação precoce de problemas e intervenção adequada para minimizar ou prevenir complicações associadas à respiração artificial (Couchman, Wetzig, Coyer, & Wheeler, 2007). Desta forma, considero ter desenvolvido competências transferíveis para a minha prática diária ao cuidar a pessoa em situação crítica no SU sob ventilação invasiva.

Concomitantemente, e no que concerne à prestação de cuidados técnicos envolvendo alta complexidade, adquiri competências na ordem da pessoa em situação crítica sob monitorização invasiva. Esta assume particular importância pois em UCI a instabilidade hemodinâmica pode acontecer rapidamente, onde o

ambiente clínico e fisiológico se encontra em constante mudança. A monitorização hemodinâmica permite a vigilância contínua de um sistema do organismo através do estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea através da observação metódica de parâmetros clínico-laboratoriais (Capitão e Pires, 2009). Uma das formas de monitorização invasiva que manuseei durante a minha prestação de cuidados em UCI foi a linha arterial (LA). Esta fornece valores contínuos e fidedignos da pressão arterial, parâmetro que necessita de ser avaliado frequentemente perante a pessoa em situação crítica (Jarman, 2007). A utilização deste método de monitorização no SU é frequente, e desta forma considero que a sua aplicação durante o estágio me munuiu de competências na prestação de cuidados perante a instabilidade hemodinâmica da pessoa em situação crítica.

O recurso a técnicas dialíticas contínuas nesta UCI constituiu igualmente momentos de desenvolvimento de competências. No SU onde exerço funções esta não é utilizada pois a pessoa que necessitam de técnica dialítica de urgência é transferida de imediato para a unidade de hemodialise que funciona 24horas/dia. A técnica dialítica com que tive contacto foi a Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HDFVVC). Esta técnica aparentemente complexa é na verdade a mais simples e com menos complicações comparativamente à hemodiálise convencional e é um método de escolha para a pessoa que se encontra hemodinamicamente instável. Através da HDFVVC dá-se remoção equilibrada de solutos e a modificação do volume e composição do líquido extracelular (Marcelino et al., 2006). Os cuidados específicos a ter com o seu manuseamento, a utilização da técnica asséptica, os registos necessários, a interpretação dos dados relativamente à técnica e o seu significado perante a pessoa instável foram competências por mim adquiridas ao cuidar a pessoa em situação crítica submetida a HDFVVC.

A avaliação da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica em UCI foi igualmente um ponto fulcral durante o meu percurso de aprendizagem. Relativamente à dor e às medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio, tive igualmente oportunidade de adquirir conhecimentos e competências bem como realizar uma pesquisa bibliográfica nesse sentido. A pessoa admitida na UCI proveniente do BO e que já se encontrava em estado vígil vinha munida de Patient Controlled Analgesia (PCA). Este é um método de controlo da dor programado para permitir que a pessoa possa administrar doses pré-estabelecidas de um analgésico

(American Pain Society, 2003). Embora a analgesia possa ser administrada por qualquer via, a via de eleição é a endovenosa (EV) utilizando uma bomba infusora permitindo à própria pessoa fazer bólus em SOS tendo um teto máximo de dose pré-estabelecida, programada pelo médico assistente. A necessidade de pesquisa bibliográfica, bem como a prestação de cuidados à pessoa sob PCA permitiram o desenvolvimento de competências nesta área de controlo da dor. Também uma medida utilizada durante o estágio foi a musicoterapia, nomeadamente nos quartos de isolamento que eram providos do equipamento necessário para, nomeadamente na altura dos cuidados de higiene bem como no momento da presença da família, os gostos musicais da pessoa serem respeitados e assim promover um ambiente tranquilizador. O alívio da dor como promoção do bem-estar físico da pessoa remete para os contextos em que o conforto é versado segundo o referencial teórico utilizado. A satisfação das necessidades da pessoa, nomeadamente relativamente à dor, proporciona à pessoa atingir um estado de tranquilidade, alívio e transcendência, com enfoque nas sensações físicas do corpo (Kolcaba, 2003).

A comunicação com a pessoa em UCI representou um desafio. A pessoa sob ventilação mecânica mas sem qualquer sedação, ou seja, em estado vígil, foi numa fase inicial fator gerador de stress para mim. Desta forma observar as técnicas utilizadas na UCI pelos restantes profissionais, recorrer a bibliografia relativa ao tema, foram estratégias que utilizei que me permitiram transformar o que seria stressante num desafio que levou a desenvolver competências nesta área. A comunicação entre a pessoa e a equipa de enfermagem torna-se tanto mais difícil quanto mais instável a pessoa se encontra, nomeadamente submetido a ventilação mecânica e com presença de tubo endotraqueal, representando igualmente um fator de stress comprometendo assim a comunicação (Sá & Machado, 2006). A utilização da escrita representa uma estratégia facilitadora da comunicação, uma vez que o esforço para falar provoca a mobilização do tubo endotraqueal e aumenta a probabilidade do traumatismo da traqueia (Thelan et al., 1996). Para comunicar com a pessoa sob ventilação invasiva eram utilizados quadros ilustrativos ou mesmo a escrita quando a condição da pessoa o permitia. Muitas vezes era realizado o levante diário da pessoa para cadeirão, mesmo esta encontrando-se ventilada, onde lhe era possibilitado assistir a televisão. Ser confrontada com esta dificuldade durante o estágio e posteriormente através das estratégias descritas conseguir

estabelecer uma comunicação eficaz com a pessoa sob ventilação invasiva permitiu o desenvolvimento de competência nesta área tão essencial do cuidar.

Relativamente às questões inerentes à prevenção e controlo da infeção existia na UCI um protocolo de atuação no momento da admissão da pessoa. Eram realizadas seis zaragatoas em locais tais como região inguinal, axilar, nasal bilateralmente a fim de realizar a pesquisa de *Acinetobacter baumannii* e até serem obtidos os resultados da pesquisa todos os cuidados de enfermagem eram realizados utilizando medidas de proteção individual tendo por base isolamento de contacto. Neste domínio o enfermeiro tem um papel ativo. A DGS (2007) recomenda a implementação de medidas de prevenção e controlo de Infeções Associadas a Cuidados de Saúde. Desta forma, os enfermeiros devem conhecer e compreender os métodos de controlo das infeções, nomeadamente a lavagem das mãos, o uso de máscara, luvas e bata quando indicado e utilizar material descartável e equipamento esterilizado. Durante o estágio cumpro o protocolo e respeito as medidas de prevenção e controlo de infeção, não descurando a importância da lavagem das mãos. Todas as unidades estavam equipadas com material necessário para as medidas serem asseguradas (máscara, touca, bata e luvas). Denoto que a utilização frequente das referidas medidas de proteção individual preconizada no controlo e prevenção da infeção durante o estágio mudou a minha prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no âmbito do SU. Na minha prática diária tenho presente a sua relevância e pertinência, passei a analisar a adequação da utilização do material de proteção individual, enfatizando também a sua utilização aos assistentes operacionais durante a prestação de cuidados.

Uma outra realidade que assisti e participei no decorrer do presente estágio foi a suspensão de medidas terapêuticas invasivas. Tratava-se de uma pessoa com Linfoma das células T, transferida para a UCI por Insuficiência Respiratória Global no primeiro dia pós transplante medular. Foram instituídas medidas terapêuticas invasivas de imediato, contudo acabou por entrar dias depois em falência multiorgânica. Foi realizada conferência familiar e em conjunto foi decidido suspender medidas terapêuticas e promover o conforto necessário à pessoa e permitida a presença da família 24 horas/dia junto da mesma que acabou por falecer horas depois. A participação dos familiares na tomada de decisão deve ser considerada. Uma medida terapêutica ou tratamento é considerado fútil quando não

atinge o objetivo pretendido, e inútil quando a probabilidade de trazer benefícios é escassa (Athanasio et al., 2005).

Moritz et al. (2008) referem-se à importância de Cuidados Paliativos em UCI e definem-nos como sendo:

“cuidados prestados ao paciente crítico em estado terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. (...) A priorização dos cuidados paliativos e a identificação de medidas fúteis devem ser estabelecidas de forma consensual pela equipa multiprofissional em consonância com o paciente (se capaz), seus familiares ou representante legal.” (Moritz et al., 2008, p.423)

Assim, a suspensão de medidas fúteis e que prolonguem a vida deve ser realizada o mais precocemente possível, privilegiando o controlo da dor, o alívio do sofrimento, culminando na promoção do conforto. Surge aqui novamente a dimensão explanada por Kolcaba (2003), onde novamente a satisfação das necessidades físicas, psico-espirituais, ambientais e sociais da pessoa são fundamentais. Pertencer à equipa de prestação de cuidados perante a suspensão de medidas terapêuticas à pessoa alvo de cuidados foi um momento que sem dúvida permitiu desenvolver competências no que concerne ao cuidar a pessoa em fim de vida em UCI. Toda a envolvimento da família na decisão, permitir a sua presença permanente, promover o conforto à pessoa em fim de vida constituíram atividades que culminaram em mestria.

Desta forma, após a análise das atividades realizadas durante o estágio de UCI considero que atingi o objetivo a que me propus. Contudo, no que concerne à monitorização invasiva, no período de estágio não tive oportunidade de contactar com monitorização invasiva para além da descrita. Considero que este estágio foi bastante rico em oportunidades de desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do cuidar a pessoa em situação crítica.

Tendo como base as competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, saliento a importância da tomada de decisão ética em situações da prática especializada, o respeito pelos valores deontológicos, a proteção dos direitos humanos, a garantia da privacidade, segurança e dignidade da pessoa. No domínio da melhoria da qualidade destaco a criação e a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, físico, psicossocial,

cultural e espiritual. No domínio da gestão dos cuidados, ainda no que concerne à questão da tomada de decisão, evidencio a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional. De seguida, no que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, evidencio competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, gestão e administração de protocolos terapêuticos, gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, no apoio à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica respeitando um plano de prevenção e controlo da infeção bem como cumprindo as medidas de prevenção e controlo implementadas na UCI, sendo todos estes pontos preconizados pela OE (2011).

2.2 – Cuidar a pessoa em fim de vida perante o descontrolo de sintomas numa unidade de cuidados paliativos agudos

Os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso a identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (OMS, 2002). São cuidados baseados nas necessidades individuais de cada pessoa que podem ser prestados em qualquer local, instituição de saúde ou domicílio sendo necessário uma estrutura e organização diferenciadas.

Tendo por base a importância de CP na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, realizei este estágio numa unidade de CP com duração de cinco semanas onde o **desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida numa unidade de cuidados paliativos agudos perante descontrolo de sintomas** representou o meu objetivo central. Trata-se de uma unidade com 48 vagas, onde integra CP mas também contempla Unidade de Cuidados Continuados. Contudo a minha incidência foi exclusivamente a pessoa pertencente à UCP. É uma unidade de excelência, onde todos os profissionais de

enfermagem possuem formação avançada em CP, pertencentes a uma equipa multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta da fala) que trabalham em parceria e em prol da pessoa e família. A pessoa admitida nesta unidade apresenta sintomas descontrolados (físicos, psicossociais ou espirituais) e daí a denominação de CP agudos, cujo objetivo é a sua estabilização e controlo, motivo pelo qual no período de diagnóstico da situação considere um local promotor do desenvolvimento de competências perante o descontrolo de sintomas manifestados pela pessoa em fim de vida que recorre ao SU.

O meu percurso nesta unidade teve início com uma reunião informal com a Sr.^a Enf.^a Chefe da UCP onde me foi apresentada a Sr.^a Enf.^a Orientadora do estágio. Seguiu-se uma visita guiada pela UCP a fim de conhecer o seu espaço físico onde realizei a consulta de protocolos, normas e manuais, bem como foi apresentado o sistema informático utilizado.

No decorrer deste estágio confrontei-me com pessoas que apresentavam sintomas descontrolados. Dor, dispneia, agitação/delírio, náuseas/vómitos e questões psicossociais e espirituais foram os sintomas mais comuns que careciam de uma intervenção especializada junto da pessoa e sua família. Nesta unidade é utilizada a uma escala de autoavaliação de sintomas, a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (ANEXO I). Esta permite a avaliação de uma combinação entre sintomas físicos e psicológicos da pessoa em CP, numa escala de zero a dez, onde zero representa ausência de sintoma e dez representa a manifestação mais forte do sintoma. Esta escala deve ser preenchida pelo próprio, demonstrando assim a importância de envolver a própria pessoa no cuidado (Bruera et al.,1991).

A dor tem um impacto preponderante na qualidade de vida da pessoa. Corresponde a uma sensação corporal desconfortável que provoca sofrimento, manifestada pelo fúrias, contração muscular, defesa corporal, dificuldade na atenção, distração, inquietude ou perda de apetite (OE, 2008). Existem dois tipos de dor: a nociceptiva e a neuropática, sendo a primeira provocada pela ativação de recetores nociceptivos (somática ou visceral) e a segunda pela destruição, infiltração ou compressão de um nervo (Pereira, 2010). Contudo, em CP a pessoa na maioria das vezes manifesta ambas. Para controlar a dor na unidade de CP onde estagiei, a via de administração de analgesia de eleição era a via subcutânea (SC) até ser

atingida a titulação do fármaco e posteriormente passar para a via oral. A utilização desta via de administração em prol dos restantes acontece devido a ser uma via pouco invasiva e dolorosa para a pessoa, contudo o tempo de atuação do fármaco é superior à via oral. Desta forma, durante a prestação de cuidados no decorrer do estágio considero ter desenvolvido competências relativamente à utilização desta via de administração bem como dos cuidados a ter durante a sua manipulação, bem como acerca dos fármacos utilizados no controlo dos diferentes sintomas, quais as suas indicações e compatibilidades, pontos fulcrais para a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida que recorre ao SU numa situação de descontrolo de sintomas.

A utilização da escada analgésica preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é frequente nesta unidade. Esta contempla três degraus principais, de acordo com a intensidade da dor. O primeiro degrau corresponde a dor ligeira onde se recomenda a utilização de antipiréticos e anti-inflamatórios não esteroides; o segundo degrau corresponde a dor moderada e caracteriza-se pelo uso de opióides fracos com a possibilidade de acrescentar substâncias adjuvantes; o terceiro degrau, onde está presente desde dor moderada à intensa, recomenda-se a utilização de opióides fortes e fármacos adjuvantes (Twycross, 2003). Assim, durante o meu percurso nesta unidade, o fármaco mais utilizado era a Morfina por via SC pois na maioria das situações a pessoa manifestava dor severa, facto que me proporcionou aprendizagem no que concerne a dose, titulação, cuidados específicos, sendo o opióide forte mais frequentemente utilizado no SU.

A dispneia foi outro sintoma muito frequente. Em CP pode ser entendida como uma sensação dificuldade respiratória mas também refere a possibilidade de subjetividade de falta de ar (Azevedo, 2010). É acima de tudo um sintoma angustiante e que por norma leva à sensação de morte iminente, e muitas vezes relacionada com questões emocionais, psicossociais e espirituais. Perante este sintoma verifiquei escassas vezes a administração de terapêutica dirigida propriamente ao sistema respiratório, mas sim analgesia e ansiolíticos, nunca descurando todas as intervenções não farmacológicas possíveis. Durante a prestação de cuidados à pessoa perante a sensação de dispneia, e para além dos conhecimentos adquiridos no que respeita à terapêutica propriamente dita administrada perante sintoma, integrei que o apoio, a escuta, a presença, remetendo

para a importância da satisfação da necessidade de tranquilidade na dimensão do conforto (Kolcaba, 2003), são intervenções impreteríveis para a pessoa em fim de vida.

A agitação/delírio é um sintoma frequente no fim de vida. É clinicamente importante e gerador de grande sofrimento para a pessoa, para a sua família bem como até para os profissionais de saúde. No decorrer do meu estágio tive oportunidade de cuidar a pessoa com esta sintomatologia e senti que foi o sintoma mais difícil de controlar. A administração de ansiolíticos é importante, mas não pode ser descuradas outras causas de agitação. É necessário pesquisar causas possíveis e corrigir fatores predisponentes da agitação tais como dor, desidratação, ou mesmo fatores ambientais que esteja a ser prejudiciais neste contexto (Gama & Barbosa, 2010). Muitas vezes estão associadas situações de cariz psico-espiritual, em que perante o fim de vida a pessoa se questiona acerca do significado da vida, sendo dentro deste contexto indispensável assegurar que a dimensão do conforto é satisfeita (Kolcaba, 2003).

No que respeita às náuseas/vómitos, são sintomas desagradáveis e que diminuem de forma drástica a qualidade de vida da pessoa em fim de vida (Querido e Bernardo, 2010). Devem ser controlados e para tal é recomendada a utilização de uma escada antiemética, à semelhança da escada da dor, onde no primeiro degrau se utiliza um antiemético procinético, no segundo preconiza-se o uso de antiespasmódico associado ou não a um antiemético de ação central. No terceiro e último grau o autor indica a utilização de um neuroléptico com um antiespasmódico. Em qualquer momento desta escada pode associar-se um corticoide embora a sua ação ainda não seja de toda esclarecida (Twycross, 2003). Durante o meu percurso nesta UCP observei para o controlo destes sintomas a utilização de antiemético de ação central como é o exemplo do Haloperidol por via SC com efeito benéfico para a pessoa, até porque perante esta sintomatologia a via oral não se encontra assegurada. Perante o controlo deste sintoma foi necessário realizar alguma revisão bibliográfica que me permitiu adquirir competências relativas aos fármacos utilizados e formas de administração, que me irão ser bastante úteis no controlo da náusea ou vómito na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida.

Uma outra realidade com que me deparei durante este percurso foram questões pessoais, familiares, espirituais não exploradas ou não resolvidas que acabavam por representar igualmente um descontrolo de sintomas. A intensidade do sofrimento da pessoa é medida à luz dos seus valores, vivências, crenças e recursos, ou seja, de uma série de fatores que o tornam numa realidade complexa e ao mesmo tempo única (Barbosa, 2010). A questão da espiritualidade é também aqui fulcral. Desta forma, o desconforto existencial surge muitas vezes quando o fim de vida se aproxima. Ao longo do meu estágio diversas foram as questões existenciais e espirituais que surgiram para a pessoa e sua família e aqui foi importante o papel ativo da relação terapêutica para com o enfermeiro. Pude constatar ao longo do estágio que a abordagem de qualquer sintoma descontrolado realiza-se de forma holística, isto é, existe uma grande preocupação em controlar os sintomas mas também em perceber todo o contexto em que se encontra a pessoa e sua família quer seja do ponto visto emocional, social ou espiritual. Esta realidade permitiu-me o desenvolvimento de saberes relativamente à importância da promoção do conforto na sua vertente social, espiritual, tendo por base o referencial teórico utilizado. Assim, a relação terapêutica, o apoio inerente à mesma e a comunicação são pilares da prestação de cuidados especializados à pessoa e fim de vida.

A comunicação no âmbito dos CP pode representar a base de uma relação terapêutica. Trata-se de um processo interpessoal que envolve trocas verbais e não-verbais de informação, ideias, comportamentos e relacionamentos, que implicam envolvimento intelectual e emocional (Phaneuf, 2005; Lazure, 1994). O envolvimento da família no cuidar a pessoa em CP também me permitiu a aquisição de saberes perante o cuidar em fim de vida. Uma estratégia utilizada frequentemente nesta UCP e que tive oportunidade de participar e ter um papel ativo foi a conferência familiar. Corresponde a uma forma de intervenção estruturada, constituindo um instrumento de trabalho para os profissionais de saúde apoiarem as famílias, maximizando o sucesso das suas intervenções através da partilha de informação, de sentimentos e emoções, e na adaptação ou mudança de padrões de interação familiar (Neto, 2003). Abordar juntamente com as famílias questões inerentes à adaptação à doença, à capacitação para a prestação de cuidados à pessoa, questões de perda, descortinar quais as expectativas da família e da pessoa perante a situação (muitas

vezes irrealistas), incluir os desejos relativamente aos cuidados em fim de vida (por exemplo o lugar da morte), e prever questões que poderão surgir que levam a tomadas de decisão difíceis são exemplos de temas abordados em conferências familiares em que participei e que foram promotoras de competência para futuras situações caso surja a necessidade de realização das mesmas no cuidar a pessoa em fim de vida no SU. Uma família angustiada transmite à pessoa em fim de vida o mesmo sentimento pelo que o apoio nesta fase deve representar uma preocupação da equipa prestadora de cuidados (Pacheco, 2004).

As reuniões multidisciplinares são prática regular nesta UCP e a que assisti e participei no decorrer do meu estágio. Estas têm lugar semanalmente, à terça-feira, de modo a que todos os profissionais se possam organizar para participar. Nela estão presentes todos os profissionais de saúde que prestam cuidados à pessoa e sua família. Consiste num momento em que são abordadas situações específicas que de alguma forma possam estar a ser mais penosas para a equipa, onde se delineiam planos de atuação, onde a equipa partilha os seus sentimentos relativos a determinada questão. Estas representam uma estratégia que considero importante ser implementada no SU tendo como objetivo principal representar momentos de reflexão que podem levar à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida e ao suporte para melhor gestão destes sintomas pelos profissionais da equipa.

Em jeito de análise global do meu percurso de aquisição de competências neste local de estágio posso concluir que foi um local muito rico em momentos de aprendizagem e desenvolvimento de saberes na área do cuidar a pessoa em fim de vida tendo como ponto fulcral o controlo de sintomatologia. Na área específica do controlo de sintomas provi-me de uma série de conhecimentos que me permitiram ter capacidades especializadas na minha prestação de cuidados dentro desta área no SU. No que respeita ao controlo de sintomas Neto (2010) refere que existem três pontos fundamentais: reavaliar, reavaliar e reavaliar. Assim, o controlo sintomático e a constante reavaliação assumem um papel fundamental na promoção do conforto à pessoa em fim de vida.

Relativamente à comunicação, essas competências foram igualmente alcançadas, apesar de numa fase inicial ter sentido alguma dificuldade na

abordagem à família, mais do que a própria pessoa, que se encontravam nesta UCP. Esse facto faz-me reforçar a importância e a solidez da relação terapêutica construída entre o enfermeiro e a pessoa e sua família particularmente no contexto de CP e fim de vida.

Abordando agora as competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ressalto a tomada de decisão ética numa variedade de situações envolvendo a pessoa (em parceria), o respeito pelos valores deontológicos, a defesa dos direitos humanos e o respeito pelo direito da pessoa, pela privacidade e segurança. Ainda ressalvo o respeito pelos valores e crenças espirituais. No domínio da melhoria da qualidade destaco a criação e a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, físico, psicossocial, cultural e espiritual. No domínio da gestão dos cuidados, ainda no que concerne à questão da tomada de decisão, evidencio a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional. De seguida, no que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, evidencio competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos, gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, no apoio à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica respeitando um plano de prevenção e controlo da infeção e ainda competências na promoção da relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

2.3 - Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos: articulação com o Serviço de Urgência no cuidar a pessoa em fim de vida

A EIHSPC onde realizei o meu estágio está inserida no centro hospitalar onde exerço funções e pertence ao departamento ambulatorio. Foi criada em 2006 e a sua missão é garantir apoio e suporte às pessoas (e seus familiares) internadas no centro hospitalar com doença avançada e progressiva, proporcionando-lhes mais qualidade de vida, dignidade e cuidados de saúde humanizados, através da prestação de cuidados paliativos de qualidade. É constituída por uma Médica, quatro Enfermeiras (sendo uma a Enfermeira Chefe), Assistente Social, dois Psicólogos, um Assistente Operacional. Em termos de instalações é composta por um gabinete médico onde é realizada a consulta médica e de enfermagem, uma sala de trabalho e um gabinete de acolhimento/reuniões. Apresenta como objetivos:

- realizar apoio assistencial aos utentes internados;
- prestar apoio sob a forma de consultadoria interna aos profissionais que tenham ao seu cargo utentes (internados ou não) que necessitam de cuidados paliativos;
- assegurar o seguimento após a alta dos utentes e familiares acompanhados em internamento (contato telefónico regular/consulta externa de medicina paliativa/apoio no luto);
- colaborar na formação contínua articulando com a Faculdade de Medicina de Lisboa, aos vários grupos profissionais do centro hospitalar;
- promover e incentivar atividades de investigação no âmbito dos CP;
- facultar apoio telefónico a utentes, familiares e profissionais de saúde integrados nas instituições de apoio do centro hospitalar.

Esta EIHSPC funciona de acordo com três valências: consulta externa, interconsulta (nos serviço de internamento) e consulta telefónica (realizada pela equipa de enfermagem). O horário de funcionamento é das 8h às 20h, nos dias úteis. É realizada semanalmente uma reunião de equipa, à sexta-feira, onde são descritas as situações mais críticas e traçados planos de intervenção, constituindo também um momento de partilha entre a equipa.

Realizei estágio nesta EIHSCP durante quatro semanas. Delineei uma série de atividades e os objetivos a que me propus atingir foram **desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem face à pessoa em fim de vida e família em regime ambulatorio numa EIHSCP** e ainda **desenvolver um protocolo de articulação entre as equipas de enfermagem do SU e da EIHSCP**.

Foi realizada uma reunião informal com a Sr.^a Enf.^a Chefe da EIHSCP onde me foi apresentada a Sr.^a Enf.^a Orientadora bem como realizada uma visita ao serviço a fim de conhecer o espaço físico e onde me foi descrita a missão da unidade. Tive oportunidade de consultar protocolos, normas, manuais bem como as folhas de registo integradas no processo clínico.

No decorrer do estágio participei nas consultas realizadas na unidade, incluindo o acolhimento da pessoa e sua família numa primeira consulta. Visivelmente o nome “cuidados paliativos” tem uma conotação bastante forte para a população e na maioria das situações associam a fatalismo e à morte. Contudo a EIHSCP assenta a sua atividade nos quatro pilares da prestação de CP descritos por Twycross (2003) e corroborados por Neto (2004) e pela DGS (2004), e são eles: controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Participei também na interconsulta, descolando-me aos serviços onde estariam internadas pessoas seguidas pela EIHSCP ou então no caso de alguma pessoa internada ser referenciado à mesma. Aqui a EIHSCP é solicitada com o objetivo do controlo de sintomas, na maioria das vezes da dor, da pessoa em fim de vida. Essa referência é realizada através do preenchimento de um formulário eletrónico que consta da intranet, preenchimento esse que pode ser unicamente realizado pela equipa médica.

No que respeita ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados a pessoa em fim de vida que manifeste descontrolo de sintomas bem como na relação terapêutica e comunicação, o estágio anterior foi bastante enriquecedor e permitiu que aqui, junto da EIHSCP, desempenhasse essas intervenções com confiança e munidas de conhecimento e fundamentação. Assim, debrucei-me maioritariamente sobre a possível articulação entre os dois serviços. Realizei uma sessão formativa onde explanei a pertinência da problemática em

causa (APENDICE III). Para tal utilizei como base um artigo de que esclarece a importância da criação e integração de um modelo de CP nos SU para a pessoa em fim de vida ou com doença avançada. Esta recorre frequentemente ao SU por sintomas descontrolados, contudo este não representa o ambiente ideal para prestação de CP, mas corresponde a um local chave na decisão e implementação do tratamento e encaminhamento da pessoa. O apoio à família (apesar do descontrolo de sintomas) é igualmente importante. No SU o acesso a determinados cuidados está facilitado o que pode ser em algumas situações uma vantagem para a pessoa em fim de vida. Porém, a existência de lacunas relativamente a conhecimentos acerca da prestação de CP no SU e evocam a necessidade de apoio das equipas de CP no SU (Grudzen, Stone & Morrison, 2011).

Perante esta realidade, a não existência de uma articulação entre as equipas de enfermagem do SU e da EIHSCP representava uma barreira ao cuidar a pessoa em fim de vida no SU. Assim, com o objetivo de elaborar um protocolo de articulação e em parceria com a EIHSCP, inicialmente o plano seria referenciar situações de pessoas em fim de vida que recorriam ao SU com descontrolo de sintomas à equipa de CP. Contudo a dimensão da EIHSCP bem como a capacidade de resposta à possível afluência de situações foi um critério que levou a reformular esta articulação. Deste modo, debruçámo-nos no leque de pessoas seguidas pela EIHSCO que recorriam ao SU. Foram criados dois fluxogramas de articulação para as duas situações possíveis: enviados ao SU com contacto prévio da equipa de CP ou que recorrem ao SU sem contacto prévio da equipa de CP (ou seja provenientes do domicílio) (APENDICE IV). Passo a descrever os discriminadores a seguir em cada fluxograma.

Perante a situação de doentes que **são enviados ao SU provenientes da EIHSCP**, mais propriamente da consulta, sempre que exista necessidade de apoio relativamente a outras especialidades e/ou realização de alguma técnica que não seja possível efetuar pela equipa de CP, esta contacta telefonicamente Enfermeiro Coordenador do SU a dar conhecimento da situação clínica da pessoa. Seguidamente, estando já o enfermeiro coordenador notificado dá-se o encaminhamento da pessoa no SU, utilizando para tal a triagem de Manchester implementada no SU. O período seguinte corresponde à observação/avaliação da pessoa bem como ao período de consultoria entre a equipa de CP e do SU

nomeadamente para questões relativas a tomada de decisões, terapêutica, plano de intervenção já delineado entre a equipa de CP e a pessoa/família, entre outras situações que careçam do apoio da equipa de CP no SU. Finalmente o enfermeiro coordenador é responsável por dar o feedback da situação clínica da pessoa bem como do encaminhamento dado à equipa de CP.

Relativamente aos doentes que **recorrem ao SU sem contacto nem conhecimento prévio da EIHSCP**, como por exemplo perante uma situação de descontrolo de sintomas ou outra, este ou a sua família deve informar a equipa de enfermagem do SU de que é acompanhado pela equipa de CP e caso seja necessário no imediato a mesma deve ser sinalizada, não esquecendo o seu período de funcionamento anteriormente referido. O enfermeiro coordenador do SU deve ser informado relativamente à permanência da pessoa no SU. Segue-se o processo de encaminhamento no SU e novamente o período de consultoria entre a equipa de CP e do SU em tomas as questões descritas no fluxograma anterior, relembrando a tomada de decisões, terapêutica, plano de intervenção já delineado entre a equipa de CP e a pessoa/família, entre outras situações que careçam do apoio da equipa de CP no SU. Finalmente, caso durante este percurso a equipa de CP não tenha sido notificada, é igualmente da responsabilidade do enfermeiro coordenador do SU dar conhecimento e/ou feedback da situação clínica da pessoa à equipa de CP. Estes fluxogramas foram elaborados em conjunto com a Sr.^a Enf.^a Orientadora do estágio e posteriormente apresentados à Sra. Enf.^a Chefe, com aprovação da mesma.

Desta forma, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em fim de vida que recorre ao SU, concretamente à pessoa acompanhada pela EIHSCP, passaram a ser mais direccionados às suas necessidades, com o objetivo de manter e cumprir o plano de intervenção já realizado pela equipa de CP. Transportar os CP para o SU, que representa um local onde se intervêm mais que se promove conforto, é um ponto essencial para que a abordagem paliativa seja igualmente importante tal como a curativa (Grudzen, Stone & Morrison, 2011).

No que respeita às competências preconizadas pela OE (2011) do enfermeiro especialista, comuns e específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica, distingo as desenvolvidas no campo da gestão e administração de protocolos

terapêuticos complexos, gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, apoio da pessoa e família nas perturbações emocionais e estabelecimento de uma relação terapêutica fundamentada, e também no âmbito da prevenção e controlo da infeção respeitando os procedimentos requeridos.

2.4 - Cuidar a pessoa em fim de vida que recorre ao Serviço de Urgência

Este foi o último contexto de estágio que realizei, no SU onde exerço funções, tendo uma duração de três semanas. Aqui os objetivos que tracei foram o **participar na elaboração do protocolo de articulação entre as equipas de enfermagem do SU e dos CP** bem como **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida no SU**. Para atingir os objetivos referidos desempenhei uma serie de atividades das quais passo a apresentar os resultados.

Após todo o percurso que realizei até aqui, provida de uma série de competências especializadas referentes ao cuidar a pessoa em fim de vida, cheguei ao ponto fulcral da minha temática, que está relacionado com a sua aplicabilidade no SU. Achei pertinente a apresentação da importância da problemática em estudo. Desta forma, o primeiro momento formativo teve como objetivo, para além da sensibilização relativamente à temática, a partilha de intervenções de enfermagem autónomas que podem ser realizadas à pessoa em fim de vida que recorre ao SU perante descontrolo de sintomas. Essa formação foi realizada de forma informal, em diversos momentos distintos e em diversos sectores do SU, de forma a conseguir assegurar que todos os elementos da vasta equipa de enfermagem do SU assistissem, onde partilhei os meus conteúdos e obtive o feedback da equipa que me permitiu entender que se trata de um tema de grande interesse para quem cuida a pessoa em fim de vida no SU (APENDICE V).

Para tal realizei uma pesquisa bibliográfica e utilizei um trabalho elaborado que, tendo por base os sintomas manifestados pela pessoa em fim de vida, foi elaborado um acrónimo **CARES** que corresponde a **Comfort**, **Airway management**, **Restlessness and delitium**, **Emotional and spiritual support** e **Self-care** (Freeman, 2013). De acordo com cada sintoma existem intervenções de enfermagem

autónomas que podem ser realizadas, que foram partilhadas durante a formação, que passo a desrever.

No que respeita ao **conforto**, Freeman (2013) refere que a principal intervenção a ser realizada é o alívio da dor, pelo que as intervenções de enfermagem descritas pelo autor são:

- Permitir a presença da família junto da pessoa em fim de vida;
- Interromper ou modificar os limites dos alarmes da monitorização, ou mesmo debater a sua necessidade;
- Suspender medicação oral se disfgia, averiguar a necessidade;
- Argumentar a via EV: parar ou reduzir;
- Parar ou diminuir a frequência da realização de exames complementares de diagnóstico (ECD);
- Posicionar a pessoa em fim de vida só para o conforto;
- A higiene corporal deve ser realizada de acordo com a necessidade da pessoa e a vontade da família;
- Úlceras de pressão: apenas reforçar os pensos no caso de ligeiro repasse;
- Cuidados de higiene oral frequentes, são bastante satisfatórios no fim de vida;
- Aspiração de secreções SOS ou a pedido da família;
- Proporcionar medidas de conforto acerca da temperatura corporal;
- Clarificar que a cianose e os livores fazem parte do processo de morrer e não de estar hipotérmico.

Relativamente à **respiração**, o autor descreve uma série de intervenções no controlo da dispneia. São elas:

- O uso suplementar de oxigénio é ineficaz, contudo minimiza o receio da família perante o sofrimento da pessoa em fim de vida e no caso de ser utilizado, fazê-lo através de óculos nasais;
- Posicionar a pessoa sempre que necessário;
- Na presença de respiração irregular/estertor: Butilescopolamina SC, Morfina EV/SC (importante clarificar que a apneia surge do processo de doença e não da administração de opióides);
- Considerar necessidade de ansiolíticos e antipsicóticos;

- Elucidar a família acerca do padrão respiratório no processo de morte: respiração irregular, superficial, lenta, com possibilidade de períodos de apneia prolongado; trata-se de um processo involuntário em que a pessoa não está a sofrer;
- Enfatizar o efeito tranquilizador do toque e da comunicação com a pessoa em fim de vida.

A **agitação e delírio** é considerado por Freeman (2003) como sendo os sintomas característicos da fase terminal e apontam para o despiste de três possibilidades: retenção urinária, oclusão intestinal e dor. Assim descreve as seguintes intervenções:

- Controlo da dor;
- Perante a evidencia de retenção urinária, algaliação se necessário;
- Avaliar sinais de oclusão intestinal;
- Antever a necessidade de administração de antipsicóticos (haloperidol e levomepromazina) ou benzodiazepinas (midazolam);
- Proporcionar um ambiente calmo e diminuir intensidade das luzes;
- Comunicar com a pessoa em fim de vida de forma calma, utilizando o toque terapêutico;
- Confortar a pessoa, transmitindo-lhe segurança;
- Ter presente que situações pessoais não resolvidas podem causar agitação;
- Rever com a família a importância de se despedir: a família deve ser informada de que nesta fase o doente pode não estar consciente do seu comportamento.

No apoio **emocional e espiritual** o autor refere-se a ele como sendo a base fundamental do cuidar em fim de vida, promovendo a dignidade da pessoa e a sua valorização. Seguem-se as intervenções:

- Comunicação com a família;
- Clarificar o que a família quer saber;
- Conhecer as necessidades de privacidade;
- Respeitar o silêncio;
- Conhecer junto da família os gostos da pessoa em fim de vida;
- Apoiar na realização de rituais espirituais e/ou religiosos;
- Providenciar a presença de capelão quando adequado;

- Promover momentos de descanso familiar, substituindo-os por momentos se necessário;
- Estar presente e disponível.

Finalmente, mas não menos importante, o **autocuidado**. Freeman (2013) destaca que o enfermeiro que cuida a pessoa em fim de vida e sua família vivencia uma série de eventos stressantes. Deve interrogar-se e procurar apoio profissional e entre os pares. Perante esta realidade destaca as seguintes estratégias para minimizar esse impacto:

- Rever o que correu bem e o que precisa ser melhorado;
- Partilhar com a equipa os comentários realizados pela família em luto (reconhecimento);
- Expressar sentimentos perante a morte e obter apoio;
- Explorar os desafios e reconhecer o privilégio de cuidar em fim de vida;
- Reconhecer o impacto espiritual de testemunhar a morte;
- Explorar de como o cuidar marcou a diferença;
- Rever técnicas de comunicação eficazes.

A ferramenta CARES foi elaborada para ajudar o enfermeiro a cuidar em fim de vida. Envolve o conhecimento de terapêutica para controlo sintomático, a importância da comunicação com a pessoa em fim de vida e família, bem como o ensino referente à perceção do significado do sofrimento (Freeman, 2013).

Tendo ainda como base o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem a fim de melhorar os cuidados prestados à pessoa em fim de vida no SU perante o descontrolo de sintomas, realizei outra sessão formativa referente à utilização da via SC como alternativa para administração de terapêutica e/ou hidratação no SU, sendo esta menos dolorosa e menos invasiva que a EV frequentemente utilizada no meu contexto, representando assim um meio promotor de conforto à pessoa (APENDICE VI). Teve lugar em quatro momentos distintos, com o objetivo de ser possível assistir por todas as equipas de enfermagem do SU. Para tal realizei uma revisão bibliográfica que me permitiu estruturar o plano de sessão onde abordei os seguintes pontos: indicações, contra-indicações, complicações, locais de punção, procedimento, soroterapia e fármacos utilizados

bem como os cuidados a ter na administração dos mesmos, terapêutica contraindicada, e apresentei duas tabelas, uma que mostra a terapêutica possível de ser administrada por via SC e outra as compatibilidades dos fármacos. Foi considerado útil ficar exposta a informação visível para consulta, pelo que foi elaborado um poster intitulado “Via Subcutânea: uma alternativa no Serviço de Urgência” (APENDICE VII).

Ainda integrado nesta sessão formativa que realizei às quatro equipas de enfermagem, em quatro momentos diferentes, apresentei os dois fluxogramas referentes ao protocolo de articulação entre as equipas de enfermagem do SU e de CP deste centro hospitalar, com a presença e participação também da Sra. Enf.^a Chefe da equipa de CP e a Sra. Enf.^a Orientadora do estágio anterior, proporcionando assim momentos de partilha muito positivos para a articulação de ambas as equipas, que representaram sem dúvida ganhos para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida no SU. Reforcei a importância de registar a sinalização realizada à equipa de enfermagem de CP pelo que foi anexado à folha de check-list que o enfermeiro coordenador do SU utiliza em cada turno uma tabela de forma a facilitar esse registo (APENDICE VIII). Estes fluxogramas foram igualmente apresentados à Sr.^a Enf.^a Orientadora neste local de estágio bem como ao Sr. Enf.^o Chefe do SU, e foram aprovados. A curto prazo espero transformá-los numa norma interna hospitalar, formalizando assim este protocolo.

Considero que os objetivos a que me propus no início do meu percurso de estágio no SU foram atingidos através do percurso explanei. Tendo como referência as competências do enfermeiro especialista, comuns e específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica indicadas pela OE (2011) destaco para além das adquiridas e explanadas anteriormente, em particular no domínio da melhoria da qualidade. Aqui adquiri competências na participação em projetos institucionais, na realização de protocolos que visam a qualidade dos cuidados, divulgação de experiências avaliadas e promoção da incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. O planeamento de metodologias e oportunidade de melhoria de prestação de cuidados foi igualmente desenvolvido, bem como as estratégias para os atingir. Todas as competências na área da promoção do ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual foram garantidas, bem como na gestão da dor. No domínio do desenvolvimento de aprendizagens

profissionais, sendo facilitadora de momentos de aprendizagem em contexto de trabalho na área específica. A realização do diagnóstico das necessidades formativas e a atuação como formadora em contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem, destreza nas intervenções, habilidades e competências dos enfermeiros foram igualmente competências adquiridas no decorrer deste percurso.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório de estágio contribuiu para a descrição e consequente análise estruturada e fundamentada do meu percurso de aquisição de competências especializadas no âmbito do cuidar a pessoa em fim de vida que recorre ao SU. Permitiu-me refletir acerca de todas as intervenções que realizei, atividades que desenvolvi, ganhos pessoais e profissionais que tive oportunidade de alcançar tendo como enfoque major a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nesta área do saber. Sem dúvida a motivação pessoal representou um ponto essencial para o sucesso atingido ao longo deste percurso.

A minha escolha relativa ao local de estágio de UCI representou uma excelente oportunidade de aprendizagem. Consegui harmonizar o desenvolvimento de competências específicas de UCI (que considero serem preponderantes para a minha prestação futura de cuidados no SU) com as competências relacionadas com a suspensão de medidas terapêuticas à pessoa em situação crítica em fim de vida. Relativamente à UCP onde estagiei, considero-a uma unidade de referência por toda a envolvimento e dedicação dos profissionais que nela trabalham, e foi claramente um local onde tive oportunidade de cuidar especificamente a pessoa alvo de CP, onde me deparei com dificuldades nomeadamente em estabelecer uma relação terapêutica principalmente com a família, mas que representou um desafio, ultrapassado positivamente. Na EIHSCP consegui integrar o seu meio de funcionamento, bem como a disponibilidade de todos os elementos que a constituem, fator muito importante para a pessoa em CP e sua família, ser e estar disponível. Junto da mesma consegui estabelecer os critérios de articulação entre as equipas de enfermagem do SU e da EIHSCP. Ambiciono, caso esta articulação referente à pessoa já acompanhada previamente pela equipa seja bem-sucedida, futuramente trabalhar na referenciação da pessoa com doença crónica ou incurável que recorre ao SU numa situação crítica de descontrolo de sintomas à equipa de CP, sendo essa referenciação realizada de forma fundamentada e sustentada pela equipa de enfermagem.

O desenvolvimento pessoal da pessoa que presta cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida representa para mim um ponto fundamental e o seu envolvimento no cuidar é muitas vezes um desafio. Considero que as competências por mim adquiridas neste percurso de aprendizagem irão proporcionar a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida no contexto de SU. Na minha prática diária sinto frequentemente o reconhecimento de competências nesta área do cuidar em fim de vida pelos pares e outros profissionais de saúde, o que para mim constitui um objetivo pessoal a que me propus atingir, ser um elemento de referência perante esta problemática.

Contudo, este percurso também foi composto por momentos nem sempre fáceis de ultrapassar. Conciliar o horário do local de trabalho com o estágio, gerir o restante tempo entre a família e o estudo que foi contínuo, foram exemplos de dificuldades que considero importantes de partilhar neste momento. Apesar de terem existido, foram momentos ultrapassados através do apoio que tive bem como da minha persistência e dedicação.

Assim, considero ter desenvolvido e adquirido as competências que me habilitam à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica, fulcrais para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados perante situações de grande complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agnes, M., Záchia, S. & Reichelt, A. (2009). *Manual de orientação ao paciente em uso de insulina*. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

American Pain Society (2003). *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain* (5th ed.). Glenview.

APCP (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos- Recomendações da APCP*. Acedido a 19/03/2015. Disponível em:

<http://www.apcp.com.pt/diretivasrecomendaesapcp/recomendacoes-para-a-implementacaoorganizacao-de-servicos-de-cuidados-paliativos.html> consultado a 19/09/2012

Athanazio R. A., Barbeta, M. C., Bitencourt, A. G., Neves, F. S., Torreão, L. A., Agareno, S. S., Messeder, O. (2005). Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 181-184.

Azevedo, Pilar (2010) – *Dispneia*. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 191-202.

Beckstrand, R. L., Wood, D., Callister, L. C., Luthy, K. E., & Heaston, S. (2012). Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles. *Journal of emergency nursing*, 7-14.

Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Bruera, E., Kuehn, N., Miller, MJ., Selmsler, P., Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 6–9. Acedido a 01/03/1025. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1714502>

Caballero, M. (2006). *Tratado de administración parenteral*. Madrid: Difusión avances de enfermería.

Capitão, E., Pires, J., (2009). Como eu, Enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, vol.16 (3), 51-55.

Couchman, B. A., Wetzig, S. M., Coyer, F. M., & Wheeler, M. K. (2007). Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part one. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, vol. 23 (1), 4 – 14.

DGS (2003) - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Ministério da Saúde, Lisboa.

DGS (2004) - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde, Lisboa.

DGS (2007) - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde, Lisboa.

Forero, R., McDonnell, J., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin, M. & Shanley, C., Hillman, K. (2012). A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emergency Medicine International*, 1-11.

Freeman, B. (2013). CARES - An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 147-153.

GAMA, Georgiana Marques; BARBOSA, António (2010) – *Delirium*. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 367-385.

GERMANO, Ana et al. (2003) – *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Grudzen, C. R., Stone, S. C. & Morrison, R. S. (2011). The Palliative Care Model for Emergency Department Patients with Advanced Illness. *Journal of Palliative Medicine*, 945-950.

Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults
NHS Greater Glasgow. Acute Services Division Palliative Care Practice Development
Team. Acedido a 09/01/2014. Disponível em:

http://www.palliativecareggc.org.uk/uploads/file/guidelines/guidelines_subcut_meds_updated_nov2008.pdf

Jarman, H. (2007). Invasive Haemodynamic Monitoring: The role of Emergency Nurses in helping to provide critical care. *Emergency Nurse*, vol 15 (1). 20-23.

Kolcaba, K. (2003). *Confort and theory and practice - a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Lazure, Hélène (1994) - *Viver a relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Lepine, M. L., & Pazos, J. L. (2007). Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias*, 201-210.

Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., Ribeiro, P., et al. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência.

Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Ribeiro, J. (2006). Técnicas Dialíticas Híbridas. *Acta Médica*, nº 19, 275-280.

Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., Othero, J. C., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 422-428.

Neto, I.G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 19, 68-74.

Neto. et al (2004). *A dignidade e o sentido da vida. Uma reflexão sobre a nossa existência*. Lisboa: Edições Pergaminho.

Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, nº 41, 277-283.

Noron, C. K., Hobson, G., & Kulm, E. (2011). Palliative and End-of-life care in the emergency department: Guidelines for nurses. *Journal of emergency nursing*, 240-245.

Ordem dos Enfermeiros (2008): *DOR - Guia orientador de Boa Prática*. Lisboa: DPI Cromotipo.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, 8648-8653.

Ordem Dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, 8656-8657.

Pacheco, Susana (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. (2ª Edição), Loures: Lusociência.

Pereira, José Luís (2010) – *Gestão da dor oncológica*. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 69-126.

Pereira, Maria da Graça (2002) – *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pessini, Leo (2001) - *Distanásia. Até quando prolongar a vida*. São Paulo: Edições Loyola.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pontalti, G., Rodrigues, E., Sant, A., Firmino, F., Fábris, M., Stein, M., et al. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA*, 199-207.

Portero, C. & Viegas, M. (2011). Via Subcutânea: Uma Nova Alternativa? Comunicação apresentada nas 1ª Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Portimão.

Richards, C., T et al. (2011) - Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the Emergency Department: Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument. *Journal of Palliative Medicine*, Volume 14, Nº 6, p. 757-764.

Ruivo, et al. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1 – 38.

Sá, T. & Machado, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. *Sinais Vitais*, 67, 29 - 34.

SAPETA, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.

Thelan, L.A., Davie, J.K., Urden, L.D., & Lough, M.E. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e Intervenção*. (2ªed.). Lisboa: Lusodidacta.

Tomey , A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Twycross, Robert (2003) – *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Veiga, A. A., Barros, C. A., Couto, P. J., & Vieira, P. M. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no Serviço de Urgência? *Revista Referência*, 47-56.

Viegas, M. (2011). Via subcutânea: uma nova alternativa. *Enfermeiro*, 1-19.

Webster's third new international dictionary of the english language, unabridged (1981). Springfield : G. & C. Merriam.

WHO, World Health Organization (2002) - *Definition of Palliative Care*. Acedido a 04/03/2015. Disponível em:

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

APÊNDICES

Apêndice I

Cronograma de Estágio

[illegible]

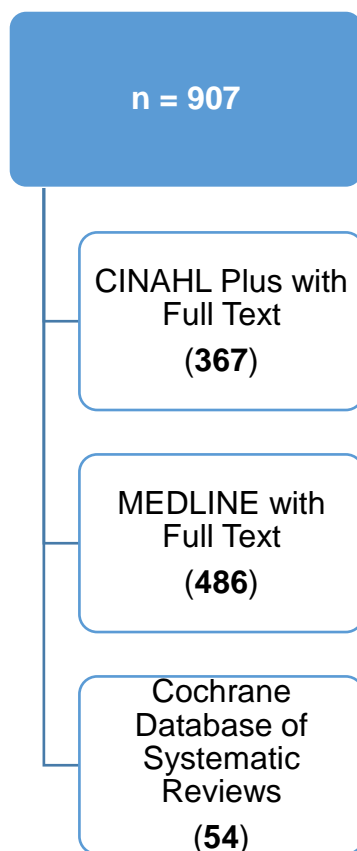
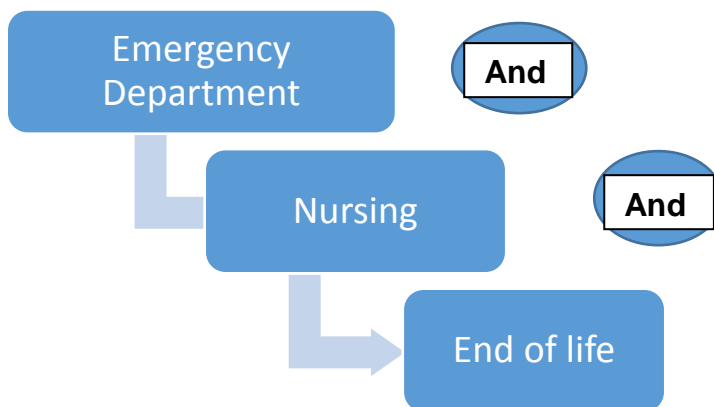
Apêndice II

EBSCOhost

Plataforma: EBSCOhost.

Base de Dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews.

Data de Acesso: 20/05/2013.



Limitadores:

- Full text
- Ano de publicação: 2000 – 2013



N = 47

Apêndice III

Folhetos sessão EIHSCP

“Cuidado de enfermagem especializado à pessoa em fim de vida no serviço de urgência”

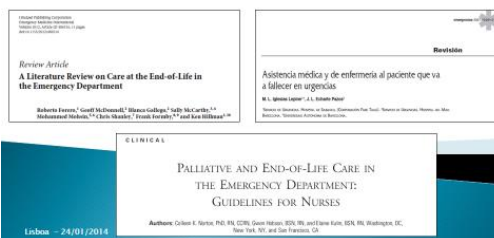


Lisboa – 24/01/2014

Elaborado por
Milene Plácido

Sob tutoria de
Prof. Sónia Ferrão

Contextualização do tema



Objetivo

- Definir/elaborar critérios de articulação e/ou referenciação de doentes entre as equipas de enfermagem do Serviço de Urgência Central e da Unidade de Medicina Paliativa, em parceria.

Lisboa – 24/01/2014

Artigo



Lisboa – 24/01/2014

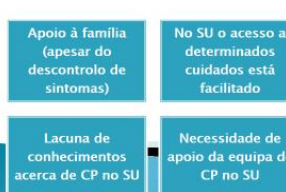
“The Palliative Care Model for Emergency Department Patients with Advanced Illness”



Representa um local chave
na decisão e implementação
do tratamento e
encaminhamento do doente

Lisboa – 24/01/2014

“The Palliative Care Model for Emergency Department Patients with Advanced Illness”



Lisboa – 24/01/2014

"The Palliative Care Model for Emergency Department Patients with Advanced Illness"

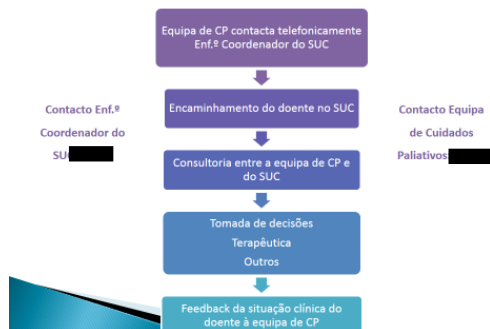
Barrier	Solution
Logistical	
Limited availability	Increase hours and response time Dedicate palliative care staff to emergency department
Environmental	
Crowding	Dedicated private space
Lack of privacy	Sound proof curtains or doors, chairs for family
Culture	
Few staff	Observation units
Interdisciplinary/procedural	
Knowledge	Physician, therapist, or other opinion leaders
Emergency protocols	
Patients and families	Education in Palliative and End of Life Care (EPIC-EM)

Lisboa – 24/01/2014

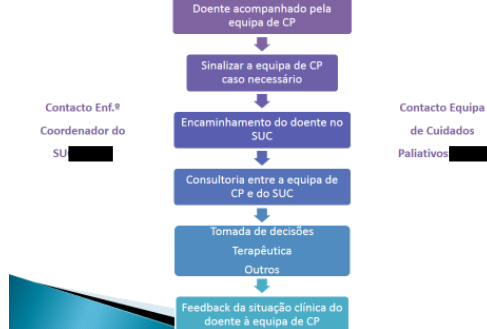
Fluxogramas de articulação



Doente enviado ao SUC com contacto prévio
da equipa de Cuidados Paliativos



Doente enviado ao SUC sem contacto prévio
da equipa de Cuidados Paliativos



Monitorização de fluxogramas de articulação

Lisboa – 24/01/2014

Registo de doentes acompanhados pela equipa de CP
que recorrem ao SUC

[illegible]



Symptom Management Series

CARES

An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying

Bonnie Freeman, RN, MSN, ANP

C	• Comfort
A	• Airway
R	• Restlessness and Delirium
E	• Emotional and Spiritual Support
S	• Self-care

Lisboa - 24/01/2014

Referencias Bibliográficas

- Forero, R., McDonnell, J., Gallego, B., McCarthy, S., Mohsin, M., Shanley, C., Hillman, K. (2012). A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emergency Medicine International*, 1-11.
- Freeman, B. (2013). CARES - An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 147-153.
- Grudzen, C. R., Stone, S. C., & Morrison, R. S. (2011). The Palliative Care Model for Emergency Department Patients with Advanced Illness. *Journal of Palliative Medicine*, 945-950.
- Higgins, M. L., & Pazos, J. L. (2007). Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias*, 201-210.
- Norsin, C. K., Hobson, G., & Kulm, E. (2011). Palliative and end-of-life care in the emergency department: Guidelines for nurses. *Journal of emergency nursing*, 240-245.

Lisboa - 24/01/2014



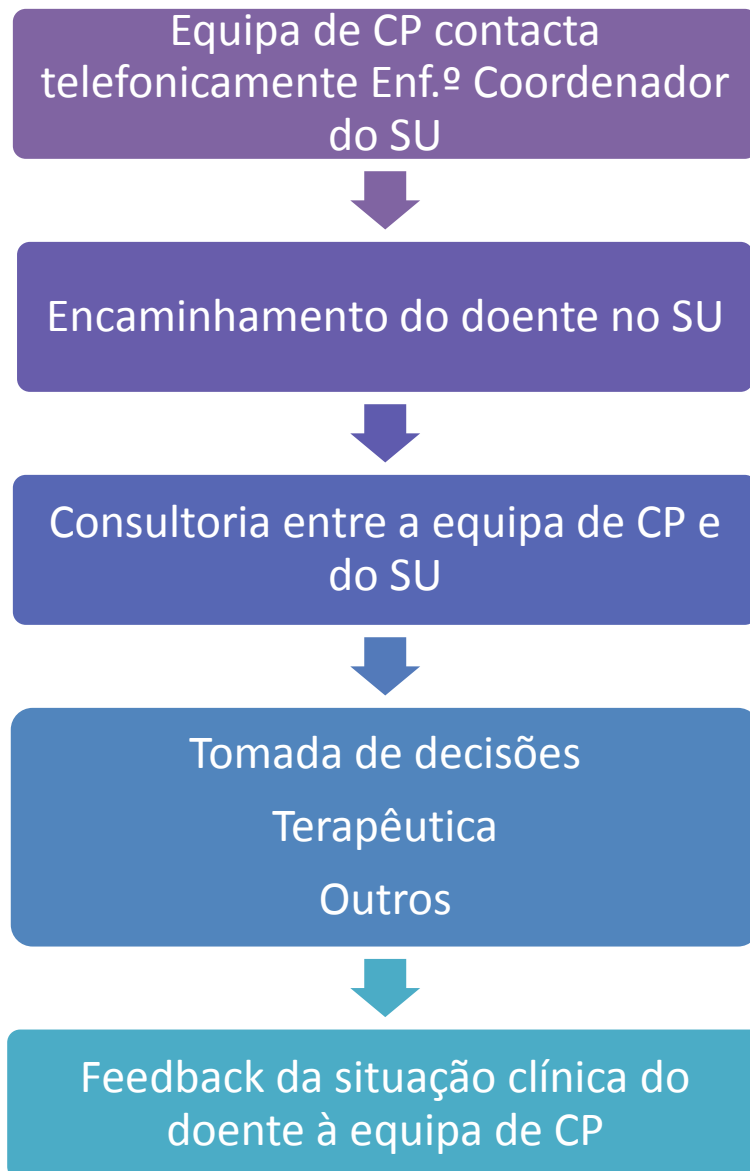
Lisboa - 24/01/2014

Apêndice IV

Fluxogramas de Articulação

Doente enviado ao SUC com contacto prévio

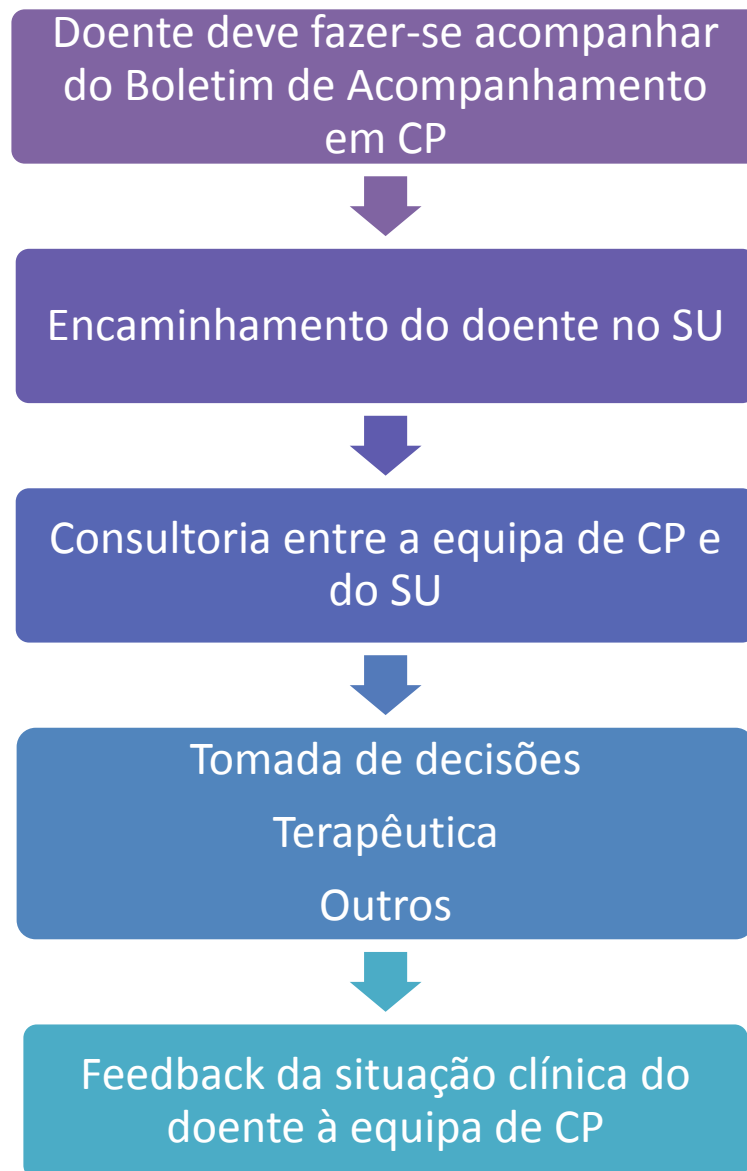
da EIHSCP



Contacto Enf. Coordenador do SU

Contacto Enf. EIHSCP

Doente seguido pela EIHSCP que recorre ao SUC



Contacto Enf. Coordenador do SU

Contacto Enf. EIHSCP

Apêndice V

Folhetos sessão CARES - SU

“Cuidado de enfermagem especializado à pessoa em fim de vida no serviço de urgência”



Elaborado por:
Mylene Plácido

Sob tutoria de:
Prof. Sónia Ferrão

Lisboa – Fevereiro de 2014

CE Symptom Management Series

CARES

An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying

Bonnie Freeman, RN, MSN, ANP

Intervenções de enfermagem autónomas:

- gestão de sintomas
- comunicação
- ensino à pessoa /família
- estratégias no “*luto dos profissionais*”

Lisboa – Fevereiro de 2014

CE Symptom Management Series

CARES

An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying

Bonnie Freeman, RN, MSN, ANP

C	• Comfort
A	• Airway
R	• Restlessness and Delirium
E	• Emotional and Spiritual Support
S	• Self-care

Lisboa – Fevereiro de 2014

Conforto

Controlo da dor

- Presença da família
- Interromper ou modificar os limites dos alarmes (desligar o monitor?)
- Suspender medicação oral se disfgia (verificar a necessidade)
- Questionar a via EV: parar ou reduzir
- Parar ou diminuir ECD
- Posicionar o doente só para o conforto

Lisboa – Fevereiro de 2014

Conforto

Controlo da dor

- Higiene corporal de acordo com a necessidade do doente e a vontade da família
- Úlceras de pressão: reforçar os pensos
- Cuidados de higiene oral frequentes
- Aspiração de secreções SOS ou a pedido da família
- Proporcionar medidas de conforto acerca da temperatura corporal
- Clarificar que a cianose e os livores fazem parte do processo de morrer e não de estar hipotérmico

Lisboa – Fevereiro de 2014

Respiração

Controlo da dispneia

- Uso suplementar de O₂ é ineficaz, contudo minimiza o receio da família perante o sofrimento do doente
- No caso de administração de O₂, utilizar óculos nasais
- Posicionar o doente sempre que necessário
- Na presença de respiração irregular/estridor: Butilescopolamina SC, Morfina EV/SC (importante clarificar que a apneia surge do processo de doença e não da administração de opióides)
- Considerar necessidade de ansiolíticos e antipsicóticos

Lisboa – Fevereiro de 2014

Respiração

Controlo
da
dispneia

Instruir a família acerca do padrão respiratório no processo de morte :

- Respiração irregular, superficial, lenta;
- Possibilidade de períodos de apneia prolongados;
- Involuntário, o doente não está a sofrer.

Enfatizar o efeito tranquilizador do toque e da comunicação com o doente

Agitação e Delirium

Dor
Retenção urinária
Oclusão intestinal

- Controlo da dor
- Algaliação se necessário
- Avaliar sinais de oclusão intestinal
- Antipsicóticos (haloperidol e levomepromazina)
- Benzodiazepinas (midazolam)
- Ambiente calmo
- Diminuir intensidade das luzes

Fase
terminal

Agitação e Delirium

Fase
terminal

- Comunicar com o doente de forma calma, utilizando o toque terapêutico
- Confortar o doente, transmitindo-lhe segurança
- Situações pessoais não resolvidas podem causar agitação
- Rever com a família a importância de se despedir

Agitação e Delirium

Fase
terminal

A família deve ser informada de que nesta fase o doente pode não estar consciente do seu comportamento.

Apoio emocional e espiritual

- Trata-se da base fundamental do cuidar em fim de vida
- Dignidade do doente e sua valorização
- Comunicação com a família
- Clarificar o que família quer saber
- Conhecer as necessidades de privacidade
- Respeitar o silêncio
- Conhecer junto da família os gostos do doente

Apoio emocional e espiritual

- Apoiar na realização de rituais espirituais e/ou religiosos
- Providenciar a presença de capelão
- Promover momentos de descanso familiar
- Estar presente e disponível
- Reduzir luminosidade

Auto-cuidado

Profissional de saúde

- Reconhecer o evento stressante
- Rever o que correu bem e o que precisa ser melhorado
- Partilhar com a equipa os comentários realizados pela família em luto (reconhecimento)
- Expressar sentimentos perante a morte e obter apoio
- Explorar os desafios e reconhecer o privilégio de cuidar em fim de vida

Lisboa - Fevereiro de 2014

Auto-cuidado

Profissional de saúde

- Reconhecer o impacto espiritual de testemunhar a morte
- Explorar de como o cuidar marcou a diferença
- Rever técnicas de comunicação eficazes

O enfermeiro deve interrogar-se e procurar apoio profissional e entre os pares.

Lisboa - Fevereiro de 2014

A ferramenta CARES foi elaborada para ajudar o enfermeiro a cuidar em fim de vida. Envolve o conhecimento de terapêutica para controlo sintomático, a importância da comunicação com o doente e família, bem como o ensino referente à perceção do significado do sofrimento do doente.

Lisboa - Fevereiro de 2014

Referencias Bibliográficas

- Freeman, B. (2013). CARES - An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 147-153.

Lisboa - Fevereiro de 2014



Lisboa - Fevereiro de 2014

Apêndice VI

Folhetos Sessão Via SC - SU

“Via Subcutânea: Uma alternativa no Serviço de Urgência”



Elaborado por:
Milene Plácido

Sob tutoria de:
Prof. Sónia Ferrão

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC: Indicações

- Doente em fim de vida – Agonia
- Prostração ou estados confusionais
- Inviabilidade da via oral
- Controlo sintomático (dor, vômitos e agitação)
- Desidratação

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC: Indicações

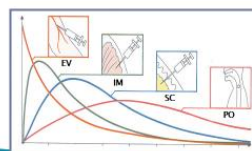
Administração de
fármacos (em bólus ou
perfusão contínua)

Administração de
fluidos
(hipodermoclise)

Melhorar a qualidade de vida do
doente e família

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC: Variação da concentração do fármaco



Fonte: Adaptação de Lüllmann, Color Atlas of Pharmacology,
2000, in Instituto Nacional de Câncer, 2009

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC : Contra-indicações

- Anasarca
- Alteração da integridade cutânea
- Alterações da coagulação
- Membros sujeitos a esvaziamento ganglionar

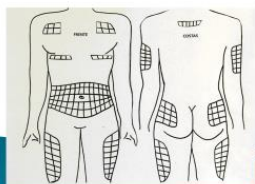
Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC : Complicações

- Eritema
- Edema ou hematoma local
- Hemorragia ligeira
- Abscesso ou infiltração
- Prurido
- Défice de absorção

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC : Locais de punção



- Subclavicular (evitando o tecido mamário)
- Escapular (agitação/delirium)
- Abdominal
- Região externa dos braços e coxas

Tempo de permanência:
7 dias

Lisboa - Fevereiro de 2014

Via SC : Procedimento

- Preparar o material



Lisboa - Fevereiro de 2014

Via SC : Procedimento



SC
10/02/14

Lisboa - Fevereiro de 2014

Via SC : Soroterapia

Indicados:

- Cloreto de Sódio 0,9%
- Dextrose 5% + Cloreto de Sódio 0,9%
- Lactato de Ringer

Lisboa - Fevereiro de 2014

Via SC : Soroterapia

Contra-indicados:

- Soluções hipotônicas
- Soluções hipertônicas
- Dextrose 5% (tumefação local)

Lisboa - Fevereiro de 2014

Via SC : Soroterapia

- 1000 a 1500ml em 24 horas
- Desidratação grave: 3000ml/24 horas (em dois acessos SC)
- Área de maior absorção: tórax e abdômen

Lisboa - Fevereiro de 2014

Via SC : Terapêutica

- Não administrar mais que 3 fármacos no mesmo local (se bólus) – máx. 10cc
- Não diluir fármacos (se bólus)
- Não é necessário administração de SF entre cada fármaco
- Após a administração, introduzir 0,5cc SF

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC : Terapêutica (mais comum)

- Tramadol
- Morfina
- Dexametasona*
- Butilescopolamina
- Furosemida
- Ceftriaxone
- Diclofenac*
- Metoclopramida
- Midazolam
- Haloperidol
- Levomepromazina
- Octreotido
- Cloreto de Potássio (máx. 40mEq/24horas)

Lisboa – Fevereiro de 2014

* Irritante para os tecidos (administrar lentamente)

Via SC : Principais fármacos utilizados

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	DILUIÇÃO
Cetamina/Ketamina	Anestésico	Soro fisiológico 0,9%
Dexametasona	Dor neuropática severa (18,22,30,31) Dor por metástases ósseas (Dor aguda, melhora do sono e apetite: (4,10,15,18,19)	Soro fisiológico 0,9% Utilizar uma via exclusiva
Escopolamina	Efeitos pré-morte Sedação (8,10,15,18,22)	Soro fisiológico 0,9%
Haloperidol	Vómitos induzidos por morfina e por alterações metabólicas, agitação e delírio (10,13,15,18,22)	Água para injeção
Furosemida	Hipercalcemia, edema cardíaco, hepático e renal (10,18,19)	Soro fisiológico 0,9%
Metoclopramida	Náusea e vômito (12,13,15,18,19,22)	Água para injeção
Midazolam	Ansiedade, insónias por opioides, dispneia terminal, e sedação (8,10,18,22,19)	Soro fisiológico 0,9%
Morfina	Dor (disponível e sedação) (4,8,10,15,18,22)	Soro fisiológico 0,9%
Ranitidina	Dispepsia gástrica, úlceras e distúrbios gastrointestinais (18,19)	Soro fisiológico 0,9%
Ondansetrona	Náusea e vômito (10,15,18,19,24)	Soro fisiológico 0,9%
Octreotido	Obstrução intestinal ou gástrica e proctocolite gástrica (10,17,18)	Soro fisiológico 0,9%

Fonte: Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults, 2010

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC : Terapêutica contra-indicada

- Metamizol
- Clorpromazina
- Diazepam
- Fenitoína

Lisboa – Fevereiro de 2014

Via SC : Compatibilidade de Fármacos

Fármacos	Compatibilidade Farmacológica
Butilescopolamina	Morfina, Haloperidol, Midazolam, Octreotido, Levomepromazina
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h)
Diclofenac	Não é compatível com outros fármacos em perfusão: administrar isoladamente
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilescopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido
Levomepromazina	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Midazolam, Octreotido
Metoclopramida	Morfina, Tramadol, Haloperidol, Midazolam, Octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Octreotido
Morfina	Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido
Octreotido	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida

Lisboa – Fevereiro de 2014

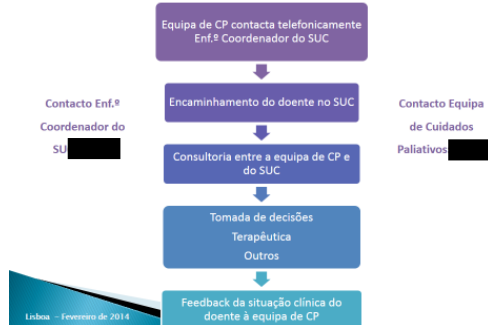
Fonte: Adaptado de Dickman (2002) e Neto, 2008, cit por Coelho, D., 2011

Fluxogramas de articulação

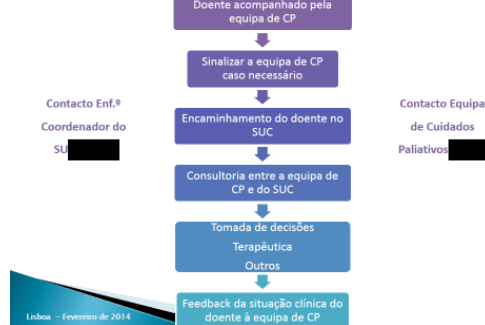


Lisboa – Fevereiro de 2014

Doente enviado ao SUC com contacto prévio da equipa de Cuidados Paliativos



Doente enviado ao SUC sem contacto prévio da equipa de Cuidados Paliativos



3º Curso de mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica

Monitorização de fluxogramas de articulação



Registo de doentes acompanhados pela equipa de CP que recorrem ao SUC

Nome/NSC	Data	Motivo	Intervenções	Sinalização	Observações



3º Curso de mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica

Referencias Bibliográficas

- Agnes MB, Záchia SA, Reichelt AJ. Manual de orientação ao paciente em uso de insulina. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2009. 16 p.
- Barbosa, A. & Neto, I. G. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Caballero, M. (2006). *Tratado de administración parenteral*. Madrid: Difusión avances de enfermería.
- Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, 41, pp. 277-283.
- Pontalti, G., Rodrigues, E., Sant, A., Firmino, F., Fábris, M., Stein, M., et al. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA*, 199-207.



3º Curso de mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica

Referencias Bibliográficas

- Portero, C. & Viegas, M. (2011, Junho). *Via Subcutânea: Uma Nova Alternativa?* Comunicação apresentada nas 1ª Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Portimão.
- Viegas, M. (16 de Agosto de 2011). "Via subcutânea: uma nova alternativa". *Enfermeiro*, pp. 1-19.
- Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults NHS Greater Glasgow. Acute Services Division Palliative Care Practice Development Team May 2008 [Internet]. Review May 2010. [cited 2011 Oct 10]. Available from: http://www.palliativecareggc.org.uk/uploads/file/guidelines/guidelines_subcut_meds_updated_nov2008.pdf.



Apêndice VII

Poster Via SC

“Via Subcutânea: uma alternativa no Serviço de Urgência”

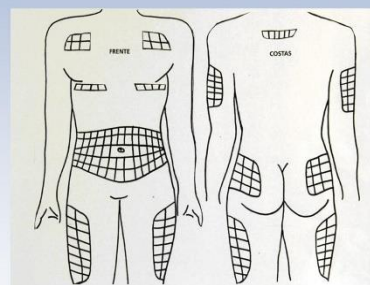
Autor: Milene Isabel Reis Plácido;

Sob tutoria: Prof. Sónia Ferrão

Locais de punção

- Subclavicular (evitando o tecido mamário)
- Escapular (agitação/delirium)
- Abdominal
- Região externa dos braços e coxas

Tempo de permanência:
7 dias



- 1000 a 1500ml em 24 horas
- Desidratação grave: 3000ml/24 horas (em dois acessos SC)
- Área de maior absorção: tórax e abdómen
- Não administrar mais que 3 fármacos no mesmo local (se bólus) – máx. 10cc
- Não diluir fármacos (se bólus)
- Não é necessário administração de SF entre cada fármaco
- Após a administração, introduzir 0,5cc

Principais fármacos utilizados

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	DILUIÇÃO
Cetamina/Ketamina	Anestésico Dor neuropática severa (18,22,30,31)	Soro fisiológico 0,9%
Dexametasona	Dor por metástase óssea Disfagia, melhora do ânimo e apetite (4,10,15,18,19)	Soro fisiológico 0,9% Utilizar uma via exclusiva
Escopolamina	Estertores pré-morte, Sedação (8,10,15,18,22)	Soro fisiológico 0,9%
Haloperidol	Vômitos induzidos por morfina e por alterações metabólicas, agitação e delírios (10,13,15,18,22)	Água para injeção
Furosemida	Hipercalcemia, edema cardíaco, hepático e renal (10,18,19)	Soro fisiológico 0,9%
Metoclopramida	Náusea e vômito (12,13,15,18,19,22)	Água para injeção
Midazolam	Ansiedade, mioclonias por opioides, dispneia terminal, e sedação (9,10,18,22,19)	Soro fisiológico 0,9%
Morfina	Dor, dispneia e sedação (4,8,10,15,18,22)	Soro fisiológico 0,9%
Ranitidina	Dispepsia gástrica, úlceras e distúrbios gastroduodenais (18,19)	Soro fisiológico 0,9%
Ondansetrona	Náusea e vômito (10,15,18,19,24)	Soro fisiológico 0,9%
Octreotrida	Obstrução intestinal ou gástrica e protetor gástrico (10,17,18)	Soro fisiológico 0,9%

Compatibilidade de Fármacos

Fármacos	Compatibilidade Farmacológica
Butilescopolamina	Morfina, Haloperidol, Midazolam, Octreotido, Levomepromazina
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h)
Diclofenac	Não é compatível com outros fármacos em perfusão: administrar isoladamente
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilescopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina; Midazolam, Octreotido
Levomepromazina	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Midazolam, Octreotido
Metoclopramida	Morfina, Tramadol, Haloperidol, Midazolam, Octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Octreotido
Morfina	Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido
Octreotido	Morfina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida

Bibliografia:

Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. Medicina Interna, 41, pp. 277-283.
Viegas, M. (16 de Agosto de 2011). "Via subcutânea: uma nova alternativa". Enfermeiro, pp. 1-19.
Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults NHS Greater Glasgow. Acute Services Division Palliative Care Practice Development Team.

Apêndice VIII

Registo de Check-List

[illegible]

ANEXOS

Anexo I

Edmonton Symptom Assessment System

**Edmonton Symptom Assessment System
(revised version) (ESAS-r)**

Por favor, coloque um círculo em volta do número que corresponde à sua avaliação para cada sintoma, neste preciso momento:

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço (Cansaço= falta de energia)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem sonolência (Sonolência = sentir-se com sono)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de sonolência possível
Sem náuseas / enjoo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de náuseas/enjoo possível
Sem falta de apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de apetite possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de falta de ar possível
Sem depressão (Depressão = sentir-se triste)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade (Ansiedade = sentir-se nervoso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de ansiedade possível
Melhor nível de bem estar (Bem-estar = como se sente em geral)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior nível de bem estar possível
Sem _____ (Outro problema, por exemplo prisão de ventre)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior possível

Patient's Name _____

Date _____ Time _____

Completed by (check one):

- ☐ Patient
☐ Family Caregiver
☐ Health care professional caregiver
☐ Caregiver-assisted